Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 24 lipca 1880. № 30. Rok XIX.

TREŚĆ: I. KACZOROWSKI. Przyczynki do przetoczenia krwi do jamy otrzewnowéj. (Dok.) — II. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — III. RYDYGIER. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj. (C. d.) — IV. *Oceny i sprawozdania*: BURCKHARDT-MERIAN: O stosunkach płonicy do chorób przyrządu słuchowego. DAY i THORNTON. WEISSENBERG. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Odcinek:* Sprawy szpitalne w Sejmie.— BOGDANIK. Listy z Londynu. III. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Przyczynki do przetoczenia krwi do jamy otrzewnowéj.

Podał Dr. Kaczorowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29.)

Przypadek III. Hrabina D., od kilku lat okazująca objawy gruźliczego zajęcia prawego płuca, a od roku przeszło nosząc w górnym zrazie przestronną jamę, w dolnym zaś zbity naciek, nader obfitemi plwocinami, nieżytem narządu trawienia, trawiącą gorączką doprowadzoną została do upadku sił, który lada dzień zdawał się zapowiadać niechybny zgon. Chora, usłyszawszy z boku o pomyślnym wyniku przetoczenia w Iym przypadku, sama zaproponowała mi, czybym i u niéj nie zechciał zastósować tego środka, wydającego się jéj ostatnią kotwicą utrzymania życia. Nie mając serca odmówienia jéj tego promyku nadziei, choć bez wiary wstrzyknąłem dnia 21 maja 250 gm. krwi do brzucha. Odczyn po rękoczynie w tym razie prawie był żaden, wyjąwszy lekki ból w miejscu przekłócia, na który chora żadnéj uwagi nie zwracała. Pod względem ciepłoty chora, z wyjątkiem rannych godzin ciągle gorączkując, nie pozwalała zbierać danych, któreby do reakcyi przetoczeniem wywołanéj odnosić można. Trzeciego dnia po przetoczeniu zaczęła tak otaczających jak i mnie samego uderzać wielka zmiana w usposobieniu i ogólnym stanie pacyjentki.

Być może, że pobudzona niezwykłym środkiem leczniczym wyobraźnia choréj nie małą tu odgrywała rolę, wystąpił bowiem bardzo podniosły nastrój moralny, odezwało się bardzo ożywione, niebywałe dotąd łaknienie, ale i przedmiotowe objawy, jak kaszel, poty w korzystniejszém przedstawiały się świetle, a na twarzy niedawno trupiéj bladości rozlewał się lekki odcień różu. Zwodnicze rokujący nadzieje zwrot jednak już w tydzień potém zwichnięty został niestrawnością od morskiéj ryby, po któréj utrata łaknienia i biegunka w krótce przyprawiły chorą o wielki znowu upadek. Nie mogąc się oprzeć prośbom zrozpaczonéj choréj przystąpiłem w dwa tygodnie po pierwszém do powtórnego przetoczenia. W chwili, gdym przygotowawszy wszystko zabierał się do przekłócia brzucha, tak gwałtowny i długotrwały nastąpił napad kaszlu, że trzeba było się wstrzymać z rękoczynem blizko półgodziny. Tym czasem ostygła w przyległym pokoju używana do ogrzewania krwi woda, skutkiem czego krew, jak się zdaje, takiéj nabrała spoistości, że przylegając do ścian trochę małego lejka, nawet przez szyjkę jego przechodzić nie chciała i tym sposobem cały rękoczyn udaremniła. Na nic nie przydało się ponowne ogrzanie krwi, ucisk hydrostatyczny krwi napełniającéj lejek mający tylko 5 cm. górnéj średnicy, nie wystarczał do zwalczenia oporu powietrza w szyjce lejka nagromadzonego. Nie pozostawało jak zaprzestać rękoczynu i wydobyć rurkę trójgrańcową z brzucha, a jakkolwiek ta przeszło 25 minut tam spoczywała i wolnego dozwalała do jamy brzusznéj przystępu powietrza, żadna szkodliwa nie nastąpiła reakcyja otrzewny. Rzecz oczywista, że krótkotrwałe polepszenie ogólnego odżywienia, po pierwszym przetoczeniu krwi wynikłe, nie upoważnia do uzasadnionego wniosku o leczniczéj korzyści téj metody w suchotach płucnych, tém mniéj, że w przerzeczonym przypadku zbyt daleko posunięty okres choroby zapewne wyklucza wszelką możliwość powstrzymania destrukcyjnéj sprawy. Wszelako poucza przynajmniéj ostatnie doświadczenie o tyle, że suchotnicy bardzo dobrze znoszą rękoczyn, lepiej nawet, aniżeli osoby niegorączkujące, co powinno dawać zachętę, mianowicie u osób niezbyt daleko jeszcze w suchotach zaawansowanych, do dalszych doświadczeń owego potężnie odżywczego środka.

Przypadek IV. Jadwiga Błażejewska, 50 lat licząca, wdowa, od roku cierpi ustawiczne bóle w lewém podbrzuszu i krzyżach, w wysokim stopniu wychudzona i niedokrewna, z powodu ogólnego osłabienia zupełnie niezdatna do pracy. Jako przyczynę téj niemocy badanie wyśledza nieżyt szyjki macicznéj połączony z gąbczastem owrzodzeniem ust macicznych. Miesiączka już od 6 lat ustała, natomiast od tego czasu odchodzi obfity upływ ropiasty, często z krwią zmieszany.

Chora nadzwyczaj nadczuła i tak na siłach podupadła, że ledwo na nogach utrzymać się może, od kilku miesięcy nie opuszcza łóżka, ale i tak jeszcze na ustawiczne zimno narzeka. Pomimo, że źródło choroby przyżegnięciem za pomocą przyrządu Paquelina zniesiono, odżywienie nie robi postępów. Pozbawiona zupełnie łaknienia, nie znosi chora leków skrzepiających. Chcąc zatém przyspieszyć naprawę krwi, przetoczyłem dnia 8 b. m. około 600 gm, krwi do brzucha. Wylękniona już przygotowaniami do operacyi chora bardzo niespokojnie zachowywała się w czasie onéjże, krzyczała i drżała na całém ciele, podczas wlewania krwi narzekała na mdłości, a po ukończeniu wszystkiego na znaczny ból brzucha poniżéj miejsca przekłótego. Pod wieczór ciepłota podniosła się do 38,2 i przez pięć następnych dni utrzymywała się wyżéj prawidła, trzeciego dnia nawet do 39,4° dochodząc, poczém znów zwolna z rannemi zwolnieniami opadała. Na równi z gorączką utrzymywał się i ból brzucha, odzywający się jednak tylko pod uciskiem. Prócz zaparcia stolca innych objawów podrażnienia otrzewny nie było. Ósmego dnia po przetoczeniu chora opuściła łóżko, wychodzi choć bardzo jeszcze słabo na świeże powietrze, nabiera łaknienia i przestaje narzekać na dawne bóle. Nitkowate przedtém i przyśpieszone tętno zaczyna się wzmagać a nawet lepsze zabarwienie błon śluzowych i twarzy świadczy o rzeczywistém namnożeniu się czerwonych ciałek krążącéj krwi. Mimo więc dość znacznego odczynu wywołanego przetoczeniem, większego aniżeli w wszystkich poprzednich przypadkach, uporczywie trwająca niedokrewność tak szybko zaczęła się zmieniać ku lepszemu, że wszelkie powątpiewania o przejściu wstrzykniętéj krwi do obiegu ustąpić powinny.

Otóż przebieg doświadczeń moich, jakkolwiek nie dosyć licznych, ażeby nowéj metodzie przetaczania ugruntować niezachwianą podstawę w dziedzinie terapii, pozwalających jednakże niektóre uczynić na jéj korzyść wnioski.

Nasamprzód pokazuje się, że wprawdzie odczyn po rękoczynie na otrzewną jest daleko silniejszy aniżeli u zwierząt. Występuje bowiem wyraźne, choć ograniczone podrażnienie otrzewny, tj. w dolnéj części jamy brzusznéj, gdzie wlana krew pozostaje, wyrażające się w miernym bólu brzucha i kilkudniowéj lekkiéj gorączce. Reakcyja ta okazała się daleko mniejszą u chorych gorączkujących, aniżeli wolnych poprzednio od gorączki.

Szkodliwych jednak ztąd następstw dla zdrowia nie uważano. W takim składzie rzeczy zadziwia mię niepomału, że w Wrocławiu, kolebce téj nowéj metody, wedle opowiadania prof. Biermera, w obec tutejszych kolegów, w ostatnim czasie bardzo niefortunne z powodu owegoż przetoczenia zajść miały przypadki. Szczegółowo wymienił p. profesor przypadek niewiasty chorobą syfilityczną dotkniętéj, któréj z powodu wygórowanéj niedokrewności wstrzyknięto krew do jamy brzusznéj, a która skutkiem tego umarła na zgniłe zapalenie otrzewny. Smutny ten przypadek miał sprawić, że tam zupełnie zaprzestano dalszych doświadczeń [1]).

Nie przesądzając wcale owego faktu, śmiałbym jednak przypuszczać, że chyba niedopilnowanie przepisów antyseptycznych przyczyniło się do tak niepomyślnego zejścia.

[1]) Na wystósowane w tym względzie wprost do p. prof. Ponficka zapytanie odebrałem odpowiedzi, że tylko w owym jednym dopiero co wymienionym przypadku nastąpiła po kilku tygodniach śmierć z powodu zapalenia otrzewny i to prawdopodobnie z przyczyny niedokładnego postępowania przeciwgnilnego.

Co się tyczy wyniku leczniczego, wykonane przezemnie doświadczenia w wszystkich przypadkach przemawiają za mniéj więcéj wyraźnym, ale zawsze zbawiennym skutkiem, który w pierwszym przypadku żadnéj nawet niedopuszcza wątpliwości.

Kwestyja, czy wstrzyknięta do jamy brzusznéj krew i u człowieka całkowicie tj. z zachowaniem czerwonych ciałek ulega wessaniu i w jakim przeciągu czasu, nie da się naturalnie na drodze doświadczalnéj rozstrzygnąć tak jak u zwierząt; uwidoczniająca się jednak w trzecim dniu po przetoczeniu poprawa ogólnego stanu dowodzi choć w przybliżeniu analogicznéj sprawy, jaką Obaliński w doświadczeniach swoich na psach wykazał. Powolne wsysanie krwi z jamy brzusznéj do naczyń krwionośnych zakreśla też z góry wskazania do zastósowywania metody Ponficka.

Nie można sobie po niéj obiecywać wielkiego sukcesu w nagłych przypadkach ostréj niedokrewności, jak np. w wielkich krwotokach; zkąd wypływałoby, że ta metoda nie zdolna zastąpić zwyczajnéj transfuzyi do naczyń. **Obaliński**, wypowiadając toż samo zdanie podaje myśl, ażeby w takim razie dopomódz sobie t. zw. autotransfuzyją, tj. założeniem opaski elastycznéj na odnogach, dopóki pewna część wstrzykniętéj do brzucha krwi wessaną nie zostanie. Nie zdaje mi się, czyby chorzy tak długo znosili bardzo bolesną konstrykcyję opaski elastycznéj. Przychodzi mi raczéj inna myśl skupiania krwi około ważniejszych narządów ustroju, oto zakres uchylenia krwi z odnóg za pomocą elewacyi, praktykowanéj już przez chirurgów, celem uczynienia bezkrwistemi członków przy krwawych operacyjach. Powieszenie razem spętanych odnóg na kółku nad łóżkiem przytwierdzoném dałoby się przez dłuższy czas bez zbyt wielkiéj dla chorego przykrości przeprowadzić. Obok takiéj anemizacyi odnóg możnaby jeszcze zaleconym przez Dra Koehlera sposobem przy krwotokach połogowych zwabiać krew do ośrodka krążenia w rdzeniu przedłużonym za pomocą okładania tylnéj części głowy gorącym piaskiem tak długo, dopóki dostateczna ilość krwi z jamy brzusznéj w obieg nie wnijdzie. W przypadkach natomiast przewlocznéj niedokrewności, np. w upornéj błednicy, w białaczce, w wycieńczających chorobach gorączkowych, np. w długotrwałym durze brzusznym, ropnicy, septikemii, otruciu tlenkiem węglowym, nowéj metodzie przetoczenia rokować można wielką przyszłość, ile że wykonywanie jéj przystępném być winno dla każdego lekarza.

Na końcu pozwolę sobie jeszcze kilka słów powiedzieć o technice rękoczynu, w gruncie rzeczy bardzo prostéj, wymagającéj jednak przestrzegania niektórych drobnych okoliczności, mogących, jak mnie doświadczenie nauczyło, całą rzecz zwichnąć.

Naprzód samo się przez się rozumie, że w wszelkich szczegółach rękoczynu jak najskrupułatniéj zachować należy przepisy postępowania przeciwgnilnego, wymaganego obecnie przy każdéj ważniejszéj operacyi. Jeżeli tak postępujemy, zgoła niezrozumiałą dla mnie jest rzeczą, jak z powodu wiadomego przetoczenia krwi powstać może zgniłe zapalenie otrzewny.

Pole operacyjne tak osoby, która krew daje jak téj, która ją bierze, dokładnie oczyścić i roztworem 5% kwasu karbolowego zmyć należy. Naczynia i narzędzia służące do przetoczenia powinny tak samo dokładnéj uledz dezinfekcyi.

Ponfick używa do przetoczenia przyrządu lejkowatego Hegara, którego rurka kauczukowa połączona jest wydrążoną igłą, skośno ściętą, kurkiem dającą się zamykać. Zam-

knąwszy rurkę napełnia cały przyrząd krwią i dopiero przekłuwa brzuch igłą. Nie mając pod ręką igły zamykającéj się używałem zwyczajnéj, albo trójgrańca, na który dopiero po przekłóciu brzucha nadziewam rurkę.

Otóż ostrzegam, że igła czy trójgraniec powinny mieć przynajmniéj jeden milmtr. a lejek szklany około 10 cm. średnicy; inaczéj bowiem ciśnienie hydrostatyczne lepkiéj i do ścian obu narzędzi mocno przylegającéj krwi może być niedostateczne do wytłoczenia krwi w jamę brzuszną i tém samém, jak tego dwa razy doświadczyłem, rzecz udaremnić.

Trójgraniec zdaje mi się zasługiwać na pierwszeństwo przed igłą, ponieważ końcem igły, pozostającym w jamie brzusznéj, można kaleczyć wnętrzności.

Bezpieczniejszym mi się tak samo wydaje trójgraniec łukowato zagięty, aniżeli prosty, którym szczególniéj przy mocno napiętéj ścianie brzusznéj łatwo przekłuć można jelito (Obalińskiemu raz wydarzyło się, że krew wstrzyknięta psu do jamy brzusznéj zaraz potém rzycią wyszła).

Do zebrania krwi potrzebne są dwa szklane naczynia (używano szklanek kształtu tulipanowego, służących do przechowania moczu), jedno przy upuście krwi, drugie do przecedzenia, do czego używano zwyczajnéj (nie Listerowskiéj) gazy podwójnie złożonéj a poprzednio w kwasie karbolowym wymoczonéj. Do odwłóknienia krwi praktyczną jest mątew kuchenna, wirująca za pomocą korby.

Naczynia krew przechowujące ciągle zanurzone są w wodzie na około 40° ogrzanéj.

Przed operacyją wypróżnia się choremu pęcherz i odbytnicę.

Najstósowniejszém miejscem do przekłócia jest środkowa część białéj linii, w którą uniósłszy podłużną, dość wysoką zmarszczkę, wbija się szybko trójgraniec w poziomym kierunku. Cofnąwszy sztylet, nadziewa się rurkę kauczukową i powoli przez lejek krew wlewa; ranę od przekłucia zasmarowuje kleiną jodoformową.

Co do ilości przetaczającéj się krwi, Ponfick używał od 200 do 500 cm.; przekraczać tę ilość zdaje się być rzeczą ryzykowną - ponieważ właśnie po wstrzyknięciu 550 i 600 gramów daleko silniejsza nastąpiła zapalna reakcyja, która, jak przypuszczać się godzi, nawet do rozpadu pewnéj ilości czerwonych ciałek krwi przyczynić się winna.

II. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

8. Co do mózgu, musimy przedewszystkiém powtórzyć to, o czém jużeśmy nieraz wspomnieli, że w nim zmiany, o których mowa, w ogólności nie różnią się niczém od zmian kiłowych w innych organach. Tak samo też możemy je podzielić na stwardnienia i kilaki.

Stwardnienie kiłowe polega naprzód na bujaniu komórek, które mnożą się a następnie ściągają, ściskają i przyprowadzają do zaniku położone między niemi pierwociny nerwowe. Dla tego też miejsca takie przedstawiają konsystencyję od prawidłowéj znacznie większą, którąby najłatwiéj można porównać z twardością wątroby. Barwa ich w ogólności jest ciemniejsza od miąższu prawidłowego i przedstawia rozmaite przejścia od jasno szarawéj do żółtawéj i różowawéj. Że to stwardnienie jest następstwem tężenia tkaniny nowo utworzonéj, wątpliwości nie ulega, a z postrzeżeń w niektórych przypadkach, które rychło zakończyly się śmiercią, wnosić można, iż w pierwszych okresach życia tych świeżo powstałych komórek miejsca późniéj stwardniałe okazują konsystencyję od prawidłowéj nawet mniejszą.

Stwardnienie, o którém mowa, jest zazwyczaj rozlane i zawsze częściowe, chociaż niekiedy rozległe.

Rzedziéj tworzą się stwardnienia w większéj liczbie rozsiane po rozmaitych miejscach mózgu.

Kilak mózgu stanowi naciek rozlany lub guz ściśle ograniczony; w pierwszym razie przedstawia niejakie podobieństwo do zgęszczonéj ropy, w któréj badanie wykazuje nieraz zdrowe zupełnie pierwociny nerwowe; w drugim guz jest prawdziwym kilakiem, który w ogólności nie różni się niczém od kilaków w organach wewnętrznych tworząc obrzmienie rozmaitéj wielkości: od orzecha do jaja kurzego, twarde, na przekroju w obwodzie szare lub żółtawo różowe, w środku żółtsze (z powodu zmiany sérowatéj), rozmaitych kształtów, nierzadko do danego miejsca zastósowanych. Zazwyczaj kilak otoczony jest substancyją nerwową zapaloną, stwardniałą, która do pewnego stopnia stanowi jakoby jego osłonę. Liczba kilaków w mózgu jest najczęściéj ograniczona nie przechodząc prawie nigdy liczby pięciu, nierzadko znajduje się tylko jeden. Kilaki znajdują się wszystkie blizko siebie albo są rozrzucone po rozmaitych miejscach mózgu. Jakoż znaleziono je już prawie we wszystkich okolicach, w jednych atoli częściéj, w drugich bez porównania rzedziéj. Najczęściéj trafiają się w półkulach mózgowych, przedewszystkiém blizko ich powierzchni i substancyi korowéj. Zdaniem Fourniera $^3/_4$ wszystkich kilaków w mózgu znajduje się na powierzchni tego organu a według Heubnera wątpliwą jest rzeczą, czy kilaki trafiają się w głębi mózgu tak, by nie zostawały w związku z oponami. Daléj wykazały badania statystyczne, że kilaki są częstsze w przednich niż tylnych częściach, częstsze na podstawie a mianowicie w jéj środku koło siodła tureckiego, niż w innych okolicach mózgu.

Pod względem przebiegu, o ile sądzić można z obserwacyj klinicznych, kilaki w mózgu rozwijają się nader powoli potrzebując do tego wielu miesięcy a rozwinąwszy się raz zostać mogą długo w jednym stanie lub uledz dalszym zmianom a temi są:

Pod wpływem odpowiedniego leczenia mogą uledz przemianie wstecznéj i całkowitemu wessaniu tak, że albo z nich nie pozostaje ślad żaden albo tylko nieznaczne blizny w postaci zagłębień na powierzchni mózgu, pasemek żółtawych itp.

Kilaki zostawione samym sobie lub opierające się leczeniu ulegają takim samym przemianom, co i w innych organach wewnętrznych: mięknią i przechodzą w płyn złożony prócz cieczy z komórek zwyrodniałych i kryształków cholesterynu. Co się z niemi następnie dzieje, niewiadomo na pewne; prawdopodobnie dają początek torbielom, które już nieraz widziano u kiłowych.

9. Rozpoznanie anatomiczne nieraz łatwe czasem jest tak trudne, że jedynie dokładne bardzo badanie mikroskopowe dać nam może niejaką pewność a i tak jeszcze można nie wiedzieć, czy guz dany odnieść należy do gruźlicy lub do kiły. Jeżeli się sprawdzi twierdzenie Cohnheima, że o naturze gruźliczéj danego tworu chorobowego rozstrzyga tylko etyjologija a ostatecznie możność przeniesienia, tj.

zaraźliwość czyli wywoływanie przez odpowiednie szczepienie grużlicy, to nic dziwnego, iż w wielu razach trudno odróżnić gruzełki od kilaka w mózgu, gdzie, jak już Virchow dawniéj oświadczył, te dwa twory, pod względem etyjologicznym tak różne, pod względem anatomicznym nawet mikroskopijnym są przecież do siebie podobne. Mimo tego następujące okoliczności mogą zdaniem Fourniera posłużyć do rozpoznania:

Kilak trafia się, jakeśmy już powiedzieli, najczęściéj blisko powierzchni mózgu, gdy gruzełek wyszukuje sobie zwykle części mózgu głębsze.

Kilak stósuje się do danego miejsca i dlatego nie jest tak regularny i okrągły jak gruzełek.

Kilak otoczony jest jakoby torebką z tkaniny stwardniałéj, włóknistéj, gdy gruzełek przeciwnie zostaje w bezpośrednim związku ze substancyją nerwową.

Kilak sérowacieje przeważnie miejscowo i głównie w samym środku, gdy gruzełek sérowacieje prawie w całéj swéj objętości. Wreszcie gruzełek trafia się u osób młodych cierpiących na gruczoły limf. lub zmiany grużlicze w innych organach, przeważnie pojawia się w móżdżku, gdy kilak występuje w wieku o wiele późniejszym obok innych zmian kiłowych czyto w mózgu czy w innych organach.

10. Z ogólnych to już zasad patologii wypada, że mózg nie może pozostać obojętnym ani względem kilaków ani względem opisanych zmian w tętnicach czyli innemi słowy: oddziaływa na zboczenia anatomiczne kiłowe w sposób zwykły, tj. podlega następstwom będącym wprawdzie skutkiem zmian anatomicznych kiłowych, ale nie mających w sobie nic kile właściwego.

Zboczenia te są dwojakie: zapalne i ischemiczne. Zmiana anatomiczna kiłowa w mózgu gra oczywiście do pewnego stopnia rolę ciała obcego dla substancyi nerwowéj, która oddziaływać nań będzie zapaleniem. Do zmian téż zapalnych policzyć należy ową osłonę kilaków, o któréj wspomnieliśmy poprzednio. Ponieważ zaś kilaki pojawiają się w mózgu najczęściéj blisko powierzchni a tém samém w sąsiedztwie opon, łatwo przeto pojąć, że tym sposobem powstają ograniczone zapalenia opon tudzież takież zapalenia mózgu. Zapalenia te oczywiście rozwijają się powoli, jak powoli rozwija się ich przyczyna, ograniczając się zwykle do sąsiedztwa najbliższego zmian kiłowych. Do wyjątków téż policzyć należy zapalenie rozleglejsze i ostre, z których jeden opisał Gamel. W tym przypadku chory syfilityczny dostał wszelkich objawów zapalenia mózgu i opon i wśród szybkiego przebiegu choroby umarł w dniu jéj 9tym a sekcyja wykazała kilak wielkości orzecha w rogu czołowym prawéj komórki obok rozległego zapalenia opon.

O wiele ważniejszemi są zmiany będące skutkiem niedostatecznego lub wcale wstrzymanego dopływu krwi z przyczyny tkwiącéj pierwotnie lub następowo w naczyniach, jakeśmy to poprzednio wykazali. Jeżeli dopływ krwi w ten czy ów sposób zostanie upośledzonym lub wstrzymanym, pierwszém będzie tego następstwem utrata funkcyi odpowiedniéj części czyli zboczenie z początku tylko czynnościowe. Jeżeli to zboczenie w krążeniu trwa dłużéj lub wysokiego dosięga stopnia, przychodzi do zboczenia w odżywieniu, po prostu do jego przerwy a przez to miejscowéj zgorzeli, która w mózgu objawia się rozmiękczeniem. Zdaje się, że jeżeli krążenie ustawało powoli, przychodzi do rozmiękczenia białego, jeżeli prędko, do rozmiękczenia czerwonego.

Rozmiękczenie czerwone tłumaczy się według Cohnheima w ten sposób, że w razie nagłego zatamowania przypływu krwi naczynia tętnicze pozbawione materyjału odżywczego przez właściwe naczynia do nich dopływającego ulegają zboczeniom w odżywianiu z jednéj strony, z drugiéj zaś przy nagłém zmniejszeniu ciśnienia przez przeszkodę w krążeniu krew żylna dostaje się w odwrotnym kierunku przez naczynia włosowate do tętnicy zatkanéj i przepuszczona ze swemi ciałkami do miąższu nadaje obumarłéj tkaninie nerwowéj to właśnie zabarwienie czerwone, od którego pochodzi miano rozmiękczenia czerwonego. Rozmiękczenie białe jest po prostu czystą zgorzelą substancyi mózgowéj bez domieszki innych części.

Rozległość i miejsce rozmiękczenia tłumaczą się ze stósunków anatomicznych naczyń w mózgu, o czém jużeśmy poprzednio wspomnieli. Powiedzieliśmy mianowicie, iż kiłowym zmianom ulegają przeważnie tętnice na podstawie mózgu; łatwo zatém pojąć, iż rozmiękczenia trafiać się muszą przedewszystkiém w częściach zaopatrywanych przez te naczynia, mianowicie zatém w wielkich zwojach mózgowych, jak np. ciałku prążkowaném, wzgórku wzrokowym, do czego w nader wysokim stopniu przyczynia się także i ta okoliczność, że w okręgu podstawowym mózgu mamy tętnice końcowe tak, iż zmiana kiłowa małego nawet naczynia prowadzić musi do rozmiękczenia z powodu niemożności wytworzenia się krążenia obocznego. W obiegu korowym z powodu systemu anastomotycznego tętnic i rzedszego występowania w nich zmian kiłowych nie przychodzi ani tak często ani tak łatwo do rozmiękczenia, lubo nagłe zatrzymanie dopływu krwi nie może pozostać bez wpływu na funkcyję kory mózgowéj, zanim wytworzy się krążenie oboczne.

11. Jakie mają znaczenie kliniczne dla objawów kiły te stósunki anatomiczne i fizyjologiczne, zobaczymy późniéj.

Tu nadmienimy tylko, że pod względem patologicznym zboczenia następowe w mózgu są zazwyczaj bez porównania o wiele ważniejsze od zmian pierwotnych, raz z powodu znacznéj nieraz rozległości, powtóre z powodu całkowitéj prawie dla leczenia niedostępności. Słusznie téż twierdzi Fournier, że rzadko bardzo a może nigdy nie umierają chorzy na pierwotne i właściwe kile zmiany anatomiczne w mózgu, lecz przeciwnie prawie zawsze giną na zboczenia proste będące jedynie następstwem zmian kiłowych takiém samém, jak i innych zmian w mózgu z kiłą żadnéj styczności nie mających.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w grużlicy stawowéj.

Napisał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29.)

Przypadek 9ty. Stachowski Paweł, 10 lat liczący, syn gospodarza, przybył dnia 30 kwietnia 1880 r. Rodzeństwo i rodzice zdrowi, familijnych chorób nie ma. Przed 2ma laty podobno po spadnięciu z wozu zaczął kuleć, a od grudnia 1879 poczęła odnoga w kolanie prawém się krzywić i boleć. Chory dotychczas wcale się nie leczył.

Badanie dnia 30 kwietnia 1880. Chłopiec dość dobrze odżywiony i na swój wiek dobrze zbudowany. Płuca

i serce prawidłowe. Odnoga dolna prawa chudsza niż lewa i w kolanie pod kątem 100—110° zgięta. Kłykieć wewnętrzny sterczy ku wewnątrz. Tuż nad główką piszczeli od przodu miejsce chełbocące wielkości orzecha włoskiego. Obwód kolana prawego w środku 31, lewego 29, obwód kolana prawego nad rzepką 29, lewego 28, obwód kolana pod rzepką 27, lewego 27. Ruchy bierne ograniczone i bolesne; chory chodzi o kuli dotykając podstawą palców ziemi. Chora odnoga o 1 cm. skrócona. Osteofon wykazuje na kolanie prawém chorém odgłos wyraźnie jawniejszy, pełniejszy; zbliża się bardzo do bębenkowego, na kolanie lewém krótszy i tępszy; w skutek tego rozpoznaliśmy jeszcze przed operacyją znaczne rozrzedzenie istoty kostnéj. Ciepłota wynosi 39,0. 1 maja ciepłota przed operacyją 38,4 tętno 104.

Tegoż dnia wykonałem w zwykły sposób wypiłowanie stawu chorego bez opaski Esmarcha, a z pozostawieniem chrząstek nasadowych tylko cieniutkie blaszki odpiłowano. Kości wypiłowane ze sobą połączyliśmy 3ma szwami katgutowemi idącemi przez chrząstki na stronach. Oprawa i leczenie następne zwykłe.

Na preparacie wypiłowanym widzimy: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 1,9 cm., przy kłykciu zewnętrznym 1,8 cm. Od kości goleniowéj cienką blaszkę odpiłowaliśmy. Chrząstka stawowa po większéj części nienaruszona, tylko od brzegów zniszczona przez ziarninę wypełniającą cały staw i *recessus quadricipitis.* Ogniska kostnego nie możemy wykryć, ani w rzepce.

Przebieg pooperacyjny był bardzo smutny i zakończył się już 10 dnia śmiercią: Gorączka zaraz 2 dnia po operacyi podniosła się do 39,0 i utrzymywała się na tym stopniu dochodząc nieraz wieczorem do 40,0. Czwartego dnia dołączyła się śpiączka i liczne szmery w płucach w tylnéj części.

Badania zwłok nie dozwolono, mogliśmy tylko końce wypiłowanych kości z trupa wyjąć i rozpiłować; na nich widać wszelkie objawy ostrego zapalenia szpiku kostnego, które należy uważać za przyczynę śmierci. Beleczki kostne znacznie rozrzedzone szpik nieomal płynny, bardzo różowy; powierzchnie przepiłowane szaro zabarwione; w blizkości chrząstki nasadowéj kilka kropek żółtych serowatych.

Wypiłowanie stawu skokowego wykonaliśmy w dwoch przypadkach: jeden przypadek opisany już przy 7 przypadku wypiłowań stawu kolanowego (Wester). Wypiłowanie było częściowe i tyczyło się tylko kostki zewnętrznéj; króciutki sączek tylko przez skórę sięgający w dolnym kącie rany założyliśmy; zeszycie, oprawa przeciwgnilna i wyleczenie.

Przypadek 2gi. Górska Magdalena, 17 lat licząca, służąca, przybyła do kliniki dnia 14 stycznia rb. Rodzice i rodzeństwo zdrowi. Pacyjentka także zawsze zdrową była, aż we wrześniu 1879 r. przez nieostrożność wpadła w kola młockarni prawą stopą i poddudziem, w skutek czego poniosła znaczne zranienia tych części. Lekarze przywołani zagoili wszystkie rany z wyjątkiem jednéj znajdującéj się na zewnętrznéj kostce i zamienionéj na wrzód; mimo to chora nie może na nogę nastąpić i chodzi o kuli.

Badanie dnia 15/1 1880 r.: Dziewczyna silna i zdrowa z wyjątkiem powyżéj opisanego skaleczenia. Prawa stopa stoi w położeniu kopyto-szpotawém, nieco obrzękła, dotyka końcem wielkiego palca podłogi przy chodzeniu o kuli, przez cały grzbiet stopy przebiega poprzecznie głęboko wciągnięta blizna. W stawie skokowym zrost kostny, ponad stawem obie kości podudzia zgrubiałe, jakby kostniną ze sobą złączone. Na 3 cm. powyżéj kostki zewnętrznéj wrzód podłużny wielkości dłoni, o dnie nie przesuwalném z kostniną zrośniętém: naokoło wyprysk sięgający do połowy podudzia. Od zewnątrz i tyłu na granicy $^1/_3$ części dolnéj podudzia blizna poprzeczna, z kością niezrośnięta. Stawy Choparta i Lisfranca prawidłowe; ścięgno Achilesa napięte.

Dnia 24/2 1880 r. wykonał kol. Dr. Wehr pod chloroformem i uciskiem Esmarcha wypiłowanie częściowe chorego stawu: cięcie prostopadłe 2 calowe na tylnym brzegu kostki zewnętrznéj; od dolu pod kątem drugie cięcie krótsze ku przodowi i górze, nieco łukowate; oddzielenie podważką okostnéj od kości; przedłutowanie téjże u podstawy skośnie od zewnątrz ku wewnątrz; po odchyleniu kostki kleszczami w dół wyłuszczenie kawałka wypiłowanego, co połączone było z trudnościami, gdyż był przyrośnięty do k. skokowéj. Po otwarciu w ten sposób stawu od zewnątrz można było dokładnie zobaczyć zrost kostny goleni z k. skokową, mianowicie w przedniéj połowie. Celem sprostowania postawy kopyto-szpotawéj wyciął kolega kawałek kości podwójnie klinowaty, którego podstawa na przód i zewnątrz leżała, a ostry brzeg raz ku tyłowi był skierowany a powtóre ku wewnątrz. Po wycięciu takiego klinu czy piramidy udało się łatwo stopę pod prawym kątem do podudzia ustawić; powierzchnie przepiłowane dobrze się składały. Wyłyżeczkowanie wrzodu; sączek krótki tylko przez skórę sięgający w dolnym kącie rany; zeszycie rany resekcyjnéj katgutem; oprawa przeciwgnilna, podobnie jak w poprzednich przypadkach; ułożenie w szynie blaszanéj.

Przebieg pooperacyjny bardzo dobry, zupełnie bezgnilny, mimo wrzodu, który się znacznie zmniejszył. Pod 4ma opatrunkami przeciwgnilnemi rana po resekcyi zupełnie się zagoiła, a chora w miesiąc po operacyi chodzi; mała ruchomość w stawie wypiłowanym; stopa pod prawym kątem do podudzia. Leczenie wrzodu owijaniem elastycznemi opaskami i przeszczepianiem; wyleczenie aż do małéj reszty dobrą ziarniną pokrytéj; wypuszczono chorą na żądanie gminy. Obawiając się zupełnego zaniedbania daliśmy jéj szynę boczną.

Wypiłowań stawu barkowego wykonaliśmy 3; we 2ch przypadkach wypiłowano po urazie, a tylko w jednym w skutek gruźlicy stawu.

Przypadek 1. Milak Krystyjan, opisany już w sprawozdaniu z naszéj kliniki w Przeglądzie Lek., zakończył się wyzdrowieniem w bardzo krótkim czasie, bo w przeciągu 3—4 tygodni pod 3 oprawami przeciwgnilnemi.

Przypadek 2. Gatz August, opisany tamże, zakończył się także wyzdrowieniem, ale nie tak szybkiém.

Przypadek 3. Kamiński Antoni, 42 lat liczący, cieśla, przyjęty dnia 6 stycznia rb. Rodzice umarli w późnym wieku; pacyjent dotychczas zawsze był zdrów. Przed 6 tygodniami spadł z wysokości 5 stóp na lewą rękę. Zaraz potém lewą odnogą górną nie mógł ruszać i od tego czasu pozostała ścierpniętą. Na drugi dzień owczarz próbował odprowadzić zwichnienie, ale bez skutku. Po 2 tygodniach przywołano lekarza, ale i temu mimo narkozy nieudało się odprowadzenie, podobnie bez skutku były późniejsze starania podjęte w Toruniu.

Badanie d. 6/1 1880 r. Chory dobrze odżywiony i zbudowany silnie, w narządach wewnętrznych nie ma żadnych zmian. Na pierwszy rzut oka uderza zewnętrzny

wygląd cechujący zwichnienie barku naprzód: łokieć odstaje od klatki piersiowéj o 4 cale, wypukłość ramienia zmniejszona; główkę wyczuć można pod wyrostkiem kruczym. Ruchy bierne w barku ograniczone, czynne wcale nie możebne, przedramie cokolwiek nabrzmiałe silniéj, palce są strętwiałe, tętno sprychowe twardsze w ręce choréj.

Dnia 7 i 8 stycznia próbowaliśmy odprowadzenia pod chloroformem, atoli bez skutku. Ze względu na bolesne uczucie i obrzmienie, wskazujące na ucisk naczyń i nerwów pachowych, postanowiliśmy wypiłowanie uciskającéj główki, które też dnia 12 stycznia wykonałem. Cięcie przez części miękkie podobne jak w przypadkach poprzednich. Sądziłem bowiem, że w ten sposób łatwiéj będzie wypiłować główkę zwichniętą, ponad którą zdawało się, że cięcie wprost przebiega, jak sposobem, którego użył Langenbeck przy wywichnieniu (Kroenlein, *die v. Langenbecksche Klinik und Poliklinik. Supplement Heft zum. 21 Band. des Arch.* pag. 362—365). cięcie od pachy. Tymczasem grubo się omyliłem, wypiłowanie było trudne. Oprawa i leczenie pooperacyjne, jak w poprzednich przypadkach.

Przebieg pooperacyjny długotrwały, powikłany; odczyn po operacyi niespodziewany: ciepłota zaraz drugiego dnia była 39,8 i pozostała przeszło 20 dni ponad 38,0, późniéj rano zniżała się do prawidłowéj, ale jeszcze w 7 tygodniu wieczorem bywała przeszło 38,0°. Ropa obficie się wydzielała, zatoki i zebranie się ropy w środku tylnéj części ramienia. Mimo dość wcześnie podjętych ćwiczeń staw wypiłowany coraz mniéj ruchomym się stawał, a nadto mogliśmy tak raną po wypiłowaniu, jako i tylnemi otworami zatok zgłębnikiem wyśledzić obnażoną kość w górnéj części k. ramieniowéj. Postanowiliśmy zrobić sekwestrotomiję i wypiłowanie powtórne końca barkowego. k. ramieniowéj, chcąc przyspieszyć wyleczenie i otrzymać znaczniejszą ruchomość w stawie barkowym.

Dnia 13 stycznia wykonałem operacyję. Cięcie skórne w bliźnie po wypiłowaniu 4 cale ku dołowi, odłączenie części miękkich od kości, w obficie nowo utworzonéj kości znaleźliśmy martwiak 5 cm. długi, 3 szerokości, który z łatwością wyjęliśmy. Również łatwo odłącza się większa część nowo utworzonéj kości otaczająca k. ramieniową jak skorupa. Nowa kość wytworzyła się prawdopodobnie od okostnéj odłączonéj ropieniem od k. ramieniowéj i późniéj do téjże się przyłożyła. W końcu oddłutowaliśmy kawalek górnego końca k. ramieniowéj, chcąc tym sposobem osiągnąć większą ruchomość stawu. Chory operacyję tę dobrze zniósł: ciepłota tylko przeszło tydzień utrzymywała się ponad 38°0, a późniéj obniżyła się do normalnéj. Obecnie rana cała znowu nieomal zagojona, a ruchomość stawu dość znaczna. Staw łokciowy i stawy ręki i palców zupełnie wolne, ruchy silne. Obrzmienie i mrowienie ustąpiło.

Staw łokciowy raz jeden wypilowaliśmy w gruźlicy stawowéj:

Ewczyński Wincenty, 18 lat liczący, syn karczmarza, przybył dnia 25 lutego. Ojciec żyje, matka przed 6ma latmi w połogu umarła; rodzeństwo zdrowe; chorób dziedzicznych nie ma. Od 10 roku począł się tworzyć garb bez bólów i bez widocznych objawów zapalnych. Z resztą w dziecięctwie innych chorób prócz kilkodniowego reumatyzmu stawowego nie przebył. W lecie 1879 r. pojawiła się dotkliwość za uciskiem w łokciu prawym, potém wystąpiło zaczerwienienie, obrzmienie i sztywność. Chory leczył się maściami. Przed 5ciu tygodniami powtórzyły się przetoki, obrzmienie się zwiększyło i w tym stanie przybywa.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Burckhardt-Merian: **O stosunkach płonicy do chorób przyrządu słuchowego.**

Większa część podręczników o chorobach dziecięcych wylicza pomiędzy następstwami płonicy także i zapalenia ucha środkowego, nie roztrząsając jednakże kwestyi, dla czego właśnie płonica sprowadza tak często spustoszenia przyrządu słuchowego. Dopiero Vogel powiada z naciskiem: „Podczas silnego zapalenia gardła dla tego powstaje uchotok, ponieważ cierpienie błony śluzowéj, mianowicie dyfterytyczne, przenosząc się przez trąbkę Eustachiusza wywołuje zapalenie ucha środkowego, poczém błona bębenkowa ulega przedziurawieniu a ropa odpływa na zewnątrz“. Określa on tu więc w krótkich słowach patogenezę cierpienia tego, podczas gdy większa liczba lekarzy przed nim i po nim notowała zniszczenie błony bębenkowéj, wypadanie kostek słuchowych, głuchotę itd. po płonicy jako *„fait accompli“*, nie troszcząc się o sposób, w jaki komplikacyja ta powstaje. Według Schmalza 5,48% chorych na uszy zawdzięcza swe cierpienie płonicy, według Jearsleya 4,77% a Meriana 4,35%. Dr. Baader obserwując epidemije płonicy zapisywał przypadki cierpień usznych i otrzymał dla epidemii w Gelterkindén 33,33%, a w Wintersingen 22,80%.

Co się tyczy objawów i przebiegu cierpień usznych wśród przebiegu płonicy, to zazwyczaj w okresie łuszczenia pojawiają się poprzedzone niekiedy uczuciem dreszczu wieczorne nasilenia gorączki (do 39,5°C.); po niespokojnéj nocy nad ranem gorączka znów ustępuje, a wieczorem ponownie się wznosi. Równocześnie chorzy skarżą się na bóle w uszach z początku występujące napadami, późniéj zaś po pęknięciu błony bębenkowéj przybierające cechę newralgiczną, rozpromieniając się zwłaszcza wzdłuż drugiéj i trzeciéj gałęzi nerwu troistego. Obok tego powstaje zwykle niższy lub wyższy stopień głuchoty, bardzo rychło się rozwijającéj. Wśród odpowiedniego leczenia gorączka ustaje po pęknięciu błony bębenkowej, podobnie jak i bóle. Rzadko tylko brak obrzmienia gruczołów przyusznych (przodkowych i tylnych, podszczękowych i karkowych), których powiększenie poprzedza często inne objawy powstającego cierpienia ucha środkowego. Niekiedy wyrostek sutkowy bywa bolesny za uciskiem lub pukaniem, chociaż późniéj nie ulega zapaleniu. Wszystkie te objawy, może tylko z wyjątkiem obrzmienia gruczołów limfatyćznych, znajdujemy także wśród zapalenia ucha środkowego, nie powstałego po płonicy; jeden tylko objaw jest tu bardzo wybitny, mianowicie szybkość, z jaką rozwijają się znaczne lub zupełne zniszczenia błony bębenkowéj. (Merian znalazł 34,34% zupełnych zniszczeń błony bębenkowéj u chorych dotkniętych cierpieniami uszu po szkarlatynie). Z tego wynika już niewątpliwie, że wszystkie ciężkie niebezpieczne cierpienia ucha środkowego w przebiegu płonicy polegają na zapaleniu krupowo-dyfterytycznem błony śluzowéj ucha środkowego, przeniesioném z gardła. Za tém przemawia nagle występująca a uparta

gorączka, szybkie a częstokroć znaczne obrzmienia gruczołów usznych, podszczękowych i karkowych, szybko się rozwijająca, zwykle bardzo znaczna głuchota, nagłe zniszczenie błony bębenkowéj i innych części ucha środkowego (nadżarcie tętnicy dogłowowéj i zatok mózgowych itd.), jednėm słowem złośliwość tych zapaleń ucha w porównaniu z zapaleniami powstającemi z innych przyczyn. Obok tego istnieje bez wątpienia cały szereg lekkich cierpień ucha środkowego w przebiegu płonicy, nie mających nic wspólnego ze sprawą dyfterytyczną lecz powstających skutkiem nawałów do błony śluzowéj ucha itp.

Jakież jest rokowanie w tych cierpieniach?

Niedawne to czasy, gdy lekarze ropienie uszu podczas szkarlatyny witali z wielkiém zadowoleniem, nie uważając go za znak nowéj niebezpiecznéj komplikacyi, lecz za prognostyk bardzo pomyślny. Ostatnie wspomnienia pojęć humoralnych w patologii utrzymują się dotychczas w tradycyi. To téż było i jest główną przyczyną dziwnéj obojętności, z którą lekarze cierpienia uszu powstałe podczas płonicy pozostawiali własnemu przebiegowi. Przyczynia się do tego i owo fatalistyczne pojęcie, jakoby po szkarlatynie zawsze jakieś resztki choroby pozostać musiały; to też krewni chorego pocieszają się myślą, że lepiéj iż raczéj przyrząd słuchowy podległ jadowi płonicowemu, nie zaś nerki lub inne narządy. Przeciwko takiemu *„laisser aller“* dzisiaj każdy sumienny lekarz jak najenergiczniéj wystąpić musi, gdyż powikłanie płonicy cierpieniem ucha środkowego jest zawsze nader niepożądane i niebezpieczne a czyni je tém niebezpieczniejszém zaniechanie wszelkiego lekowania. Na tém téż polu otyjatryja występuje już z ciasnego zakresu specyjalnéj swéj czynności, podając każdemu lekarzowi praktycznemu środki po temu, aby zwalczyć zwycięzko chorobę, która nieleczona a zaniedbana jest bardzo niebezpieczną tak dla słuchu jako i dla życia chorego. Na tém téż polega korzyść studyjowania specyjalnych gałęzi medycyny, że doświadczenia zebrane z większego materyjału stają się wspólną własnością wszystkich lekarzy praktycznych.

Według Meriana z 85 przypadków z chorobami uszu nabytemi po szkarlatynie, 18 (21·17%) utraciły słuch zupełnie na jednėm lub obu uszach. Liczby te bynajmniéj nie świadczą o łagodności tego cierpienia. Reasumując to co się rzekło, powiedzieć trzeba, że szkarlatyna wywołuje częstokroć (przez trąbkę Eustachijusza) dyfterytyczne zapalenia ucha środkowego, mogące przez swój przebieg stać się tak dla słuchu jak i dla życia komplikacyjami bardzo niebezpiecznemi. Rokowanie jest tém mniéj pomyślne, im dłużéj sprawę chorobową zaniedbano, podczas gdy przyrząd słuchowy tém mniéj uszkodzonym pozostać może, im wcześniéj zastósujemy tu leczenie racyjonalne.

Leczenie może być tylko miejscowém. Wbrew zdaniu Oertela M. widział bardzo dobre wypadki po przyżeganiu miejsc zapaleniem dyfterytycznėm zajętych. Do przyżegania zaś zaleca 10% rozczyn wyskoku salicylowego, który na wacie okręconéj około cienkiego drutu odpowiednio zagiętego doprowadza się do miejsc dyfterytycznych. W ten sposób zapobiega się szerzeniu sprawy dyfterytycznéj i przenoszeniu się takowéj do ucha środkowego. Drugim środkiem zapobiegawczym jest t. zw. natrysk nosowy, który M. radzi stósować za pomocą irygatora Esmarcha. Do natrysków tych, które jednakże tylko u dorosłych stósować można, używa się najprzód $^3/_4$% owego rozczynu soli kuchennéj; późniéj dodaje się do rozczynu tego 10% wyskok salicylowy, mniéj więcéj 2—3 łyżki na 1 litr rozczynu. Jeden natrysk na dzień wystarcza. U małych dzieci używa M. czystego kwasu salicylowego w formie tabaki, aby wydalić śluz nagromadzony w jamach nosowych. Zachwala także pilne stósowanie worków lodowych na szyję, od jednego wyrostka sutkowego do drugiego i branie do ust kawałków lodu; ostrzega zaś przed zabiegami hydrijatycznemi w przebiegu płonicy, opierając się na domyśle, że zabiegi te sprowadzając napływ krwi do głowy mogą być przyczyną częstszego występowania cierpień usznych niż przy innėm leczeniu. Godzi się jednakże namienić, że hydroterapeuci posiadają środki i sposoby zapobieżenia takim nawałom, obawę więc powyższą odnieść należy jedynie do jednostronnie i nieracyjonalnie przedsiębranych procedur hydrijatycznych.

Leczenie rozwiniętego już zapalenia ucha środkowego polega na kontynuowaniu wzmiankowanych powyżéj zabiegów profilaktycznych. Zaleca się tu prócz tego pędzelkowanie okolicy ucha tynkturą jodową, aż do wywołania lekkiego stopnia zapalenia skóry, lub wcieranie jodoformu (*Jodoformii, Ol. foenic āā. 1·0, Vaselin. 80).* W razie istniejących silnych bólów newralgicznych dobrze działa wkraplanie tynktury makowcowéj do ucha (z letnią wodą w równych częściach, 10—20 kropel); bóle napadowe, występujące pod wieczór lub w nocy, znosi lub uśmierza chinin (0·20 — 0·50). Po ustąpieniu okresu ostrego należy wypędzać powietrze do jamy bębenkowéj, aby nadać błonie bębenkowéj prawidłowe położenie. Do tego nadaje się najlepiéj balonik Politzera.

Jeżeli jednakże mimo to objawy miejscowe się natężają, gorączka się utrzymuje, bóle się powtarzają uporczywie, wyrostek sutkowy za naciskiem jest bolesny a nawet w całéj połowie głowy powstaje uczucie bolesnego ciśnienia, natenczas przystąpić należy do nakłucia błony bębenkowéj i to w dostatecznéj rozległości, aby wydzielina ropna swobodnie odpływać mogła. Odpływ ten przyspieszyć jeszcze i ułatwić można zastósowaniem baloniku Politzerowskiego. Jeżeli ropa odpływa w bardzo wielkiéj ilości, należy ucho przestrzykiwać 5%owym rozczynem soli glauberskiéj. Do osuszania ucha i wyssania wydzieliny najlepszą jest wata borowa. Skoro mimo to cały przewód kostny wypełniony jest masami krupowo-dyfterytycznemi, a nie można takowych oddalić szczypczykami, to należy codziennie częściowo oddalać je ździergaczem Wildego lub tp, a do przewodu słuchowego nasypywać kwasu salicylowego czystego, przestrzykując od czasu do czasu 10% rozcz. wyskoku salicylowego (1—2 łyżeczek na 100·0). (*Samml. klin. Vortr. v. Volkmann* N. 182).

St. Sm.

Day i Thornton: Puchlina nerkowa, wycięcie nerki, wyzdrowienie.

Do szpitala *„Samaritan Hospital“* w Londynie przyjęto dnia 21 października 1879 r. siedmioletnią A. B. na oddział Dr. Daya. Dziewczynka ta przebyła koklusz i płonicę, lecz zresztą była zdrową. Przed 2 laty spostrzegła guz w boku lewym, w skutek czego obecnie oddano ją do szpitala. Badanie wykazało nieregularny guz ruchomy w lewéj połowie jamy brzusznéj. Guz ten (zdaje się wielkości główki dziecka) był miejscami dość twardym, między pępkiem zaś a grzebieniem lewéj kości biodrowéj wykazywał chełbotanie, przy głębokim wdechu podnosił się na cal powyżéj pępka. Przy obmacywaniu ku tyłowi zdawało się, jakoby wychodził z lewéj nerki. Obwód brzucha mierzony przez pępek

wynosił po stronie prawéj 12$^3/_4$ cala, a po stronie lewéj 14 cali. Żyły na całym brzuchu rozszerzone, w jamie brzusznéj płyn wolny, inne organa zdrowe. Skonstatowano, że chora oddaje tylko raz na dzień skąpą ilość prawidłowego moczu. Rozpoznanie lekarzy było rozmaite. Dnia 4 listopada uśpiono chorą i Mr. Knowsley Thornton wykonał punkcyję w połowie między pępkiem a *spina anterior superior ossis ilei sinistris.* Wypłynęło 3$^1/_4$ kwarty (6$^1/_2$ *pints)* moczu. Rękoczyn odbył się w mgle karbolowéj, ranę opatrzoną gazą karbolową. Stan zdrowia choréj był po punkcyi zupełnie zadowalającym. Następnego dnia oddała 1$^1/_2$ kwarty moczu normalnego, dnia trzeciego 44 uncyj; poczém ilość ciągle się zmniejszając zniżyła się do 9 uncyj. Dnia 14 grudnia wymiary brzucha były takie jak przed punkcyją. Postanowiono więc usunąć guz i w tym celu dn. 29 stycznia 1880 r. przeniesiono chorą na oddział chirurgiczny. Dnia 3 stycznia Dr. Day i Mr. Thornton wykonali rękoczyn. Cięcie rozpoczęto na cal powyżéj pępka i poprowadzono 3$^1/_2$ cala ku stronie lewéj. Rozcięto otrzewną, lekkie przyczepiny guza rozdzielono palcami a następnie cieńkim trójgrańcem, używanym do owaryjotomii, wypróżniono torbiel, poczém podwiązano jedwabiem Nr. 1 tętnicę i żyłę nerkową, potém zaś jedwabiem Nr. 2 całą szypułkę podwiązano i odcięto torbiel. Moczowodu wyraźnego nie znaleziono. Po podwiązaniu dokładném wszystkich punktów krwawiących zaszyto ranę jedwabiem i opatrzono gazą antiseptyczną. Potrzeba używania gąbek podczas trwania rękoczynu była bardzo mała. Sącznika nie użyto. Po rękoczynie wstrzyknięto 6 kropli *tinct. laudani* do odbytnicy. Mocz odprowadzano z początku cewnikiem, ale już z końcem pierwszéj doby oddała go chora dobrowolnie. Cała ilość moczu z pierwszych 24 godzin wynosiła 20 uncyj. W tymże czasie mocz niekiedy zawierał krew i kwas karbolowy, późniéj był prawidłowy tak co do jakości jako téż co do ilości. Ciepłota ciała w ciągu pierwszéj doby raz się wzniosła do 101·6°F (=38·6°C) zresztą wynosiła około 99·0°F (=37·0°C). Stolec był dnia czwartego. Szwy usunięto dnia szóstego, w którym to czasie brzegi rany spoiły się *per primam*, a już dnia dziewiątego chora wyzdrowiała. Wyciętą nerkę oglądano w Towarzystwie patologiczném, lecz opisu jéj operatorowie nie dołączają. (*The Lancet* Nr. XXIII, dnia 5 czerwca 1880 r.).

Dr. Bogdanik.

Dr. Weissenberg: **O użyteczności mięsienia** *(massage)* **w kąpielach solankowych**.

Wiemy, że krążenie limfy zależy nie tylko od aspiracyi wdechowéj, ale także, i to przeważnie, od czynności mięśni, w których pochwach i tkankach sąsiednich przebiegają naczynia limfatyczne.

Sam ten fakt wskazuje, że wykonywanie ruchów biernych, a tém bardziéj ugniatanie i mięsienie, może mieć niewątpliwie znaczenie terapeutyczne w przypadkach, w których rozchodzi nam się o oddalenie i trwałe usunięcie wypocin zapalnych. Znaczenia tego dowodzą bezpośred nio doświadczenia Lassara, który wykazał, że w częściach zajętych zapaleniem ciecz limfatyczna strumieniem wypływała z przepełnionego naczynia, skoro wykonywano odpowiednią odnogą ruchy bierne lub też ugniatano ją i mięsiono w kierunku dośrodkowym, przy czém objętość części obrzmiałych zmniejszała się. Nie mniejsze znaczenie musi mieć mięsienie w leczeniu obrzmiałych zapalnie stawów gdyż według Mosengeila wpływa takowe na przyspieszenie wessania wypocin stawowych drogą naczyń limfatycznych, komunikujących z wnętrzem jam stawowych. Podobnie można mięsienie stósować z pożytkiem w różnych innych wypocinach zapalnych, np. *perityphlitis*, obrzmieniach skrofulicznych itp.

Przed 2 laty zwrócił uwagę Starcke na to, że wyniki lecznicze otrzymane przez mięsienie, byłyby tém pewniejsze i wybitniejsze, gdyby je stósowano w kąpielach ciepłych. Weissenberg zaś spodziewając się jeszcze lepszych skutków próbował systematycznie od dwóch lat mięsienia w kąpielach solankowych w Königsdorff-Jastrzemb.

Ponieważ w ogóle do zakładów kąpielowych przybywają przeważnie chorzy z cierpieniami zastarzałemi, dla tego nie wystarczają zazwyczaj łagodniejsze sposoby mięsienia, jak lekkie pocieranie *(effleurage)*, lecz potrzebnemi są zabiegi dosadniejsze, jak silniejsze tarcie *(friction)* i ugniatanie *(pétrisage)*.

Przedewszystkiém nadają się do mięsienia zapalenia stawów przewlekłe (reumatyczne). Wypocina surowicza od kilku tygodni dopiero lub paru miesięcy istniejąca rychło się zmniejszała pod wpływem kąpieli solankowych ciepłych, okładów i systematycznego mięsienia. Zapalenie zaś stawów włókniakowe (zwykle jednostawowe), gdzie skutkiem zrostów i nacieku komórkowego w tkance łącznéj otaczającéj, pochwach mięśni i ścięgien czynność stawu bywa mniéj lub więcéj zupełnie zniesioną, wymagają dosadniejszych zabiegów, by naczynia limfatyczne uczynić drożnemi i umożebnić wessanie wypociny zapalnéj. Tu nadają się bardzo dobrze natryski solankowe gorące, które zastósowane ostrożnie, mogą wzmódz krążenie i wywołać ostre chełbotanie w stawach nieruchomych, poczém zwykle udaje się przez mięsienie usunąć wypocinę i przywrócić powoli ruchomość stawu.

Jako przykład takiego postępowania przytacza autor kilka historyj chorób (przewlekłe zapalenia stawów, *perityphlitis stercoralis* itp.), w których w krótkim stósunkowo czasie nader pomyślne otrzymano wypadki lecznicze.

Równie gorąco zachwalają lekarze szwedzcy i francuscy mięsienie w przypadkach wypocin złożonych w jamie miednicy u kobiet. Pamiętać jednakże należy, że tu mięsienie ograniczyć należy tylko do tych przypadków, gdzie gorączka już zupełnie ustąpiła a wypociny zbite, resztki procesów zapalnych sprawiają pacyjentkom silne bóle i inne dolegliwości.

Nareszcie stósował autor mięsienie także jako środek pomocniczy w leczeniu obrzęków zołzowych, po czém lepsze otrzymał rezultaty, aniżeli po leczeniu samemi tylko solankami. Oczywiście sposób ten pomocnym być może jedynie w przypadkach powiększonych gruczołów u osobników zołzowych, nie bywa zaś wcale pożytecznym w nowotworach, gruczolakach, mięsakach itd. O wpływie korzystnym mięsienia gruczołów zołzowych wiedzieli już starzy lekarze, dla tego też w celu „rozdzielenia“ obrzęków zalecali wcierać różne olejki z pewnym naciskiem. (Osobne odbicie z *Berl. klin. Wchft.* 1880, N. 19). *St. Sm.*

Wiadomości pomniejsze.

(Terebinthina de Chios). W marcu rb. ogłosił był prof. Clay w *The Lancet* artykuł o skuteczności tego leku w przypadkach raka części płciowych niewieścich. Już w kilka tygodni późniéj w *The Lancet, Brit. medical journal* i innych czaso-

pismach angielskich lekarskich poczęły się pojawiać, i dotychczas prawie w każdym numerze pojawiają się doniesienia lekarzy, bądźto stwierdzające skuteczność, bądź też zaprzeczające takową. W ostatnich tygodniach przeważają pierwsze a między innemi jeden z lekarzy przytacza przypadek, gdzie po 2 miesięcznêm używaniu *Ter. de Chios* rak sutka zupełnie prawie znikł, równocześnie istniejące mocno naciekłe gruczoły pachowe znacznie się zmniejszyły, a stan ogólny przedtém schorzałéj pacyjentki znakomicie się polepszył. Gdzie wynik był ujemny, zachodzi wedle prof. Claya podejrzenie, iż lek nie był prawdziwy; jakotéż rzeczywiście w obecnéj chwili bardzo trudno jest, jeżeli nie wcale niemożliwém, niesfałszowanéj dostać *Tereb. de Chios.* (*The Lancet* i *Brit. med. journal*). Przy téj sposobności niech mi wolno będzie oświadczyć tym szan. kolegom, którzy na wiadomość podaną w mojém sprawozdaniu w Przegl. Lek. Nr. 24, iż ze Smyrny oczekuję posyłki niesfałszowanéj *Tereb. de Ch.*, o odstąpienie pewnéj ilości do mnie się udawali, że niestety dotychczas takowéj nie otrzymałem, a otrzymać nie mogłem z téj prostéj przyczyny, że zbiór téj żywicy odbędzie się dopiero w sierpniu. Gdy mi jednak znajomy mój donosi, iż głównie wyspa Chios o kilkadziesiąt tylko kilometrów od Smyrny oddalona w tę roślinę obfituje, a zarazem obiecał, że się na tę wyspę w sierpniu umyślnie uda, aby na miejscu przy uzbieraniu téj żywicy dla mnie być obecnym, jest przeto wszelkie prawdopodobieństwo, że z końcem sierpnia takową otrzymam; wtedy więc o ile zapas mój wystarczy, będę mógł szan. kolegom udzielić z niego pewnéj ilości. *Dr. Karcz.*

ss) Fr. Richter opisuje (*Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh.* X. 1, p. 1) dwa przypadki otrucia nikotynem skutkiem długiego palenia cygar, z których jeden zakończył się śmiercią, drugi zaś wyzdrowieniem. Jako objawy wspólne, które w przypadku drugim tak co do nasilenia jako i trwania okazały się łagodniejszemi, autor przytacza: uczucie ciśnienia i zawrót głowy, śpiączka, mniéj lub więcéj wybitna, niezdolność do zajmowania się pracą umysłową, nieprawidłowy nastrój umysłu, objawy niedowidzenia, *irritatio spinalis*, nerwobóle, skłonność do męczenia się, niepewność ruchów, drżenie, kurcze mięśni, niemoc płciowa, lękliwość, uderzenie serca słabe, częstokroć nieregularne lub téż bicie serca, wychudnienie. Jako większe nasilenie choroby pojawiały się przypady podobne do *angina pectoris.* W pierwszym cięższym przypadku występowała napadowo także gwałtowna duszność, zakłócenie apetytu i trawienia oraz morzysko; objawów tych nie było w drugim lżejszym przypadku, któremu natomiast towarzyszyła przeczulica nerwów słuchowych. Podmiotowego uczucia smaku ani téż woni tytoniu nie było.

R. uważa następujące warunki jako usposabiające do zatruć nikotynem: ogólne stany osłabienia, złe odżywienie, nadużywanie napojów wyskokowych. Amatorzy cygar wiedzą to zazwyczaj z własnego doświadczenia, że podczas chorób lub rozpoczynających się ozdrowin palenie tytoniu źle lub wcale się nie znosi.

Jako przyczynę anatomiczną objawów towarzyszących zatruciu nikotynem uważa R. niedokrewność ośrodków nerwowych wywołaną samém zatruciem. Rozbiór zwłok wykazał w pierwszym przypadku niedokrewność istoty mózgowéj i naczyń opony miękkiéj.

Pierwszym warunkiem do wyleczenia się jest oczywiście powstrzymanie się od palenia tytoniu. Jodek potasu ma przyspieszać wydzielanie trucizny. Podobną a nawet pewniejszą skuteczność widział autor w leczeniu hydropatyczném (zabiegi uśmierzające i sprzyjające wessaniu) jako téż w zastósowaniu prądu elektrycznego.

ss) Debove i Boudet przedsięwzięli (*Gaz. méd.* 1880, Nr. 13) szereg poszukiwań nad napięciem mięśniowém (*tonus*) u tabetyków. Wypadki są następujące:

Napięcie mięśniowe u tabetyków jest znacznie zmienione. W pewnéj ilości mięśni napięcie to bywało zachowaném, częstokroć zaś było ono nader różném w różnych grupach téj saméj np. odnogi. Różnice te można było stwierdzić przez obmacywanie, przysłuch i wstrząśnienie mięśni.

U przeważnéj liczby tabetyków można zauważyć przy obmacywaniu, że mięśnie téj saméj odnogi różną przedstawiają konstytucyję. W mięśniach tych *myofon* wykazuje wielkie różnice w nasileniu szmerów mięśniowych. Ponieważ szmer mięśniowy zależy od napięcia mięśni, zdaniem autorów napięcie to u tabetyków zachowuje się bardzo zmiennie.

Badając wstrząśnienia mięśni za pomocą przyrządów piszących, autorowie stwierdzili, że czas utajonego pobudzenia, „*temps perdu du muscle*“, w różnych grupach mięśni jest różny i że różnice te u tabetyków są wybitniejsze, aniżeli w stanie fizyjologicznym.

Z powyższych poszukiwań wnioskują autorowie, że u tabetyków istnieje wielka niejednostajność i nierówność napięcia mięśniowego, co zdaniem ich ma być przyczyną niezborności ruchów u tych chorych. Dodać tu przy téj sposobności można, że według Mendelssohna (*Etude sur l'excitation latente du muscle chez la grenouille et chez l'homme dans l'état sain et dans les maladies* 1880) czas utajonego pobudzenia mięśniowego jest przedłużony: 1) w porażeniu połowiczém zastarzałém i powikłaném zanikiem mięśni; 2) w postępowym zaniku mięśni; 3) *sclerosis lateralis amyotrophica* z wybitnym zanikiem mięśniowym; 4) w drugim i trzecim okresie postępowé niezborności ruchowéj (*ataxie locomotrice progressive*), 5) w *sclerosis insularis* i 6) długotrwałéj *paralysis agitans*. Skróconym zaś ma być: 1) w porażeniu połowiczém połączoném z kurczami, 2) w *tabes dorsalis spasmodica*; 3) w *chorea senilis* i 4) kurczach histerycznych.

V. Sprawy szpitalne w Sejmie.

I.

Niepodobna pominąć milczeniem rozpraw obecnego Sejmu, o ile one dotyczą spraw sanitarnych. W bieżącéj sesyi zbiegiem okoliczności dość ważne zajęły one stanowisko, a rozprawy nad niemi powinny były przekonać, że w Izbie zanadto mało zasiada lekarzy, którzyby chcieli i umieli bronić koniecznych ulepszeń. Już to wina w tym razie spada przedewszystkiém na nas lekarzy, bo zanadto mało troszczymy się o zarządzenia, jakie w sprawach sanitarnych w Sejmie zapaść mają. Jak wiadomo z dzienników politycznych poseł dobrze zasłużony około dobra Krakowa, omawiając postępowanie Wydziału krajowego, zrobił zarzut nadużycia referentowi spraw zdrowotnych w Wydziale krajowym. Czy i o ile zarzut ten jest usprawiedliwiony, będziemy się starać zaraz wykazać. Prawdę mówiąc, mowy Marszałka i Namiestnika zapowiedziały ten wypadek. Obaj kładli słusznie nacisk na oszczędność, i odtąd oszczędność stała się hasłem każdego mowcy i każdy po swojemu oszczędzał: jeden zmniejszając wydatki na cele wychowania, drugi na cele sanitarne, trzeci twierdził, że zawiele dróg zrobiono, czwartemu budowa gmachu sejmowego tak się nie podobała, że wniósł wotum nieufności dla Wydziału, itd. A skargi na brak oszczędności były pokrywą rozmaitych spraw, o których z dalszego toku się dowiemy. Nie jesteśmy zwolennikami

marnotrawstwa i takowe nawet w sprawach sanitarnych skarcić umielibyśmy, ale przesadne żądania w oszczędzaniu prowadzą równie, jak marnotrawstwo, do zguby. Nie będziemy rozbierali, o ile słusznem jest żądanie oszczędzania w innych dziedzinach, przypatrzmy się tylko, czy ono jest usprawiedliwione w sprawach sanitarnych. Kto przypomni sobie, jaką sumę w zeszłym roku na sprawy zdrowotne wydano, tego wielka ta kwota w pierwszéj chwili przerazić może; a gdy porówna ją z sumą z lat poprzednich, to zdziwienie jego jeszcze bardziéj się spotęguje. Jeżeli zaś ze spokojem śledzić będzie powstanie téj sumy, przekona się, że nie jest ona tak niezwykłą, i że nie jest ona dowodem „nadużyć“ referenta, lecz że przeciwnie dowodzi szczerego zainteresowania się i prawdziwie rzetelnych i pożytecznych zabiegów. Porównajmy ją naprzykład z wydatkami Morawii, mniejszéj od Galicyi, aby się przekonać, że ona tyle wydaje, co ta ostatnia, a przecież wydatki na cele zdrowotne nie wywołały tam burz takich, jak u nas. Nie radzę nikomu porównywać kwoty wydanéj w Galicyi z kwotą wydaną na szpitale miasta Pragi, bo spłonąć ze wstydu musiałby nawet największy zwolennik oszczędności, gdy się przekona, że na całą Galicyję mniéj wydano, niż na szpitale jednego miasta. Ktoś może na to powiedzieć, że bogatszy może więcéj wydawać, a ubogi z każdym groszem liczyć się powinien. Prawda to niezbita, ale oszczędność ma swoje granice, i wówczas jest ona na swojém miejscu, gdy miarę w niéj utrzymać umiemy. „Oszczędność, chociażby największa, w sprawach sanitarnych nie może być grzeszną“, mówią niektórzy posłowie, zwolennicy wydatków na cele produkcyjne. A więc wszystko, co zmierza do utrzymania życia i zdrowia człowieka, który jest najprodukcyjniejszą istotą, od którego produkcyja kraju zależy, którego siła fizyczna i moralna stanowi istotne bogactwo kraju, wszystko to jestżeż nieprodukcyjném?! I czémżeż to zgrzeszył referent, że czyny jego napiętnowano nadużyciem? Oto zanadto piękne budowano szpitale, za dobrze karmiono chorych, zanadto wielką otaczano ich troskliwością itd. Niewątpliwie zupełnie słuszne są te zarzuty, jeżeli budowy szpitalne małych miasteczek będziemy porównywali z budynkami, w jakich mieszkańcy tychże miasteczek mieszkają. Nigdzie rzeczywiście nie znajdziemy pod jednym dachem, lub co gorsza pod jednem sklepieniem człowieka z bydlęciem. Nie ma ani jednego nowego szpitala słomą krytego, ale we wszystkich uwzględniano, o ile to tylko było możliwe, wymagania higijeniczne. I to ma być złém? To, co za największą zasługę powinno być poczytane? A któż jest twórcą tych zbawiennych dla dobra chorych „nadużyć?“ Oto referent szpitalny i jego pomocnik, inspektor szpitalny, ci sami, którzy zabiegami doprowadzili do tego, iż chorzy nie nabywają skutkiem złego i niezdrowego pokarmu nowych chorób, ale przeciwnie leczą się łatwiéj i w krótszym czasie z nabytych chorób. Ile pod względem budowli szpitalnych pozostaje do zrobienia, wykazuje nasza stolica. Czyż tak zwana filija Hoffmanna, w któréj mieści się oddział chirurgiczny i położnic razem, odpowiada chociażby prymitywnym wymaganiom? Jak wiadomo, jestto budynek mieszkalny, od wielu lat wynajmowany na szpital, a niezbudowany w tym celu, który przetrwał nie jedną epidemiję gorączki połogowéj, przyranéj, róży itd., właśnie z powodu owego nieszczęśliwego wyboru budynku i połączenia powyż rzeczonych dwu oddziałów. I czyż jest prawdopodobném, aby wówczas kiedy w stolicy nie znajdują chorzy odpowiedniego umieszczenia, istniały pałace szpitalne na prowincyi? Nie żądamy porównania naszych budowli szpitalnych i wygód, jakie nasi chorzy mają, z budowlami i wygodami w zamożniejszych krajach, bo porównanie to wypadłoby na niekorzyść Galicyi; to jednak pewna, że za wiele nie zrobiono a przeto nie dopuszczono się nadużyć. Wychodząc z zasady, że oszczędność jest niezbędną, myślano zaoszczędzić sumę wydawaną na posadę inspektora. I zaraz wymyślono dwa powody do zniesienia téjże: po pierwsze, inspektor jest niepotrzebnym, gdyż referent sam jest lekarzem, a powtóre tenże inspektor jest inicyjatorem wielu ulepszeń i wielce się przyczynia do tego, aby chorzy mieć mogli to, co jest niezbędne. Wreszcie ucichły debaty nad zniesieniem tego urzędu, który w obecnych warunkach jest niezbędnym, mimo, że referent szpitalny jest również lekarzem. Niepodobna bowiem przypuścić, aby referent mógł około 4 miesięcy czasu zużywać na objazdy, jak to czyni obecnie inspektor, a referent przebywając trzecią część roku po za Wydziałem nie mógłby niewątpliwie tyle zdziałać, ile obecnie czyni. Trudno obarczać za nadto referenta pracą, którejby nie podołał, a ten nawał zmusza do podziału pracy; téj zaś część leży w zakresie inspektora. Jeśliby sprawy sanitarne w naszym kraju tak były uregulowane, jak w krajach nam przodujących, to i wówczas potrzeba kontrolowania istnieć nie przestanie, a cóż dopiero dzisiaj, gdyśmy zaledwie pierwsze kroki zaznaczyli, debatowac nad zniesieniem urzędu inspektora, któreby byłoby największą, powiedzmy politycznie, nieoszczędnością. Na poparcie swoich twierdzeń o złéj gospodarce wykazują zwolennicy przesadnéj oszczędności Kulparków. Oj biedny ten Kulparków. Ciężkie chwile spadają na kraj, zamiast na twórców myśli założenia zakładu obłąkanych w Kulparkowie. Zakład pół mili od środka miasta, w miejscu niezasłoniętém od wiatrów, do którego do niedawna nawet drogi nie było i który posiada wodę niezdrową i nieużyteczną, zakład za drogie pieniądze nieodpowiednio zbudowany, to wszystko dzisiaj nam dokucza, ale najwięcej referentowi. Prawdę mówiąc najłatwiéj można było ukręcić bicz z sprawy Kulparkowskiéj i tak się stało, a dymisyja dyrektora zakładu bynajmniéj nie położyła końca wielu niemiłym rzeczom. Pięknie to brzmi: „Dr. Maresch podał się do dymisyi“; my zaś wiemy, że zmuszono go do podania się o dymisyję groźbą trzech dochodzeń dyscyplinarnych: w każdym razie należy się wdzięczność Dr. Mareschowi, ze porzucić pragnie zakład, który pod jego przewodnictwem ciągle upadał, bo niechcielibyśmy powiedzieć, że się zdyskredytował. Łatwo dzisiaj prawie bezbronnemu dyrektorowi robić ciężkie zarzuty, które słuszniéj należą się tym, co bardzo gorąco popierali kandydaturę jego w chwili obsadzenia, a przedewszystkiém tym, którzy przekonawszy się, że przewodnictwo nie jest udolne, dla dziwnéj konsekwencyi je popierali. Pierwszych usprawiedliwi przeszłość Dra Marescha, drugich nie uwalnia od zarzutu teraźniejsze jego zachowanie się i śledzenie kilkoletniego kierownictwa. Powtarzamy jednak stanowczo, że dymisyja dyrektora nie zbawi Kulparkowa, ani nie uchroni go od upadku ogłoszony konkurs. Co się tyczy ostatniego, to rażący jest już zbyt krótki termin do podania, bo faktycznie 15 dni wynoszący, a dalej rażącemi są warunki konkursu. Minął już wiek poświęceń, a właściwie nigdy go nie było, a bez poświęcenia siebie samego nikt godny i zasłużony nie stanie do konkursu. Pensyja 2,200 złr. i pomieszkanie z opałem i światłem, to królewskie utrzymanie dla lekarza, któremu prócz tego wolno praktykować

w chwilach wolnych od zajęć w zakładzie; w rzeczywistości jednak pensyja ta jest bardzo skromną i dla lekarza absolutnie niewystarczającą, a w każdym razie jest niestósownėm wynagrodzeniem za rzetelną pracę przyszłego dyrektora. Porównajmy ją z płacą, jaką Dr. Maresch pobierał a przekonamy się o upośledzeniu przyszłego dyrektora. Oto oprócz pensyi emerytalnéj 1.600 złr., pobieranéj od Wydziału dolnoaustryackiego, miał dotychczasowy kierownik pensyję 2.200 złr. i dodatek osobisty 800 złr. Nowomianowany zaś dyrektor będzie po roku stale zamianowany, jeśli za 2.200 złr. wynagrodzenia zakład na lepsze drogi poprowadzi, jeśli będzie udolnym i odpowiednim kierownikiem. Czyż z góry jesteśmy przekonani, że przyszły dyrektor będzie jeszcze nieudolniejszym? Jeśli tak, to lepiéj uprośmy dotychczasowego kierownika, aby nadal pozostał, bo w każdym razie lepszém jest złe od gorszego. Ale może pensyja stanowi sowite wynagrodzenie, gdy się zważy, że oprócz niéj otrzymuje się pomieszkanie, opał i światło, a prócz tego jeszcze wolno zarabiać, względnie dozwoloną jest praktyka. Przypuśćmy na chwilę, że znalazł się kandydat na dyrektora, i że nim jest jakiś ojciec rodziny, czyż może on zadowolić się ową pensyją, czyż ona wystarczy na najskromniejsze utrzymanie rodziny i jéj wychowanie, czyż ona da mu bez troski życie, które dyrektor powinien tylko dla zakładu poświęcić? Dopełnieniem wynagrodzenia ma być dochód z dozwolonéj praktyki lekarskiéj. Wydział czując złe, jakie z praktyki wynika, zastrzega w ogłoszeniu, że dyrektorowi nie wolno opiekować się chorymi w zakładzie prywatnym, a bardzo elastycznym paragrafem statutu redukuje możliwość praktyki do minimum; mimo to zdaje się popychać przyszłego dyrektora do praktyki prywatnéj. I gdyby ta była możliwą, lub gdyby była nadzieja, że ją kiedykolwłek po najusilniejszych staraniach wyrobi sobie kierownik zakładu kulparkowskiego, warunki ogłoszonego konkursu byłyby znośne. Kto jednak zna stosunki miejscowe, lub kto uprzytomni sobie, że zakład odłączonym jest od stolicy, a w niéj tylko jest praktyka możliwą, a nie na wsi, ten zgodzi się na to, iż wszelki dochód z praktyki jest niemożliwym dla dyrektora, mieszkającego w zakładzie, i ten zgodzi się, że wynagrodzenie 2.200 złr. jest zanadto skromne dla prawdziwie kompetentnych i godnych. Nie mamy nikogo na myśli, kreśląc te ogólne uwagi, nie wątpimy zaś, że nikt nie stanie w tych warunkach do konkursu, którego samo założenie jest fałszywém. Chcielibyśmy się łudzić, że przecież znajdzie się mąż z poświęceniem, a godny kandydat, który zajmie tę posadę. Do końca jednak konkursu niedaleko, a o ile nam wiadomo, nie tylko dotąd nikt nie wniósł podania, ale nawet możliwi i może chętni kandydaci wypierają się stanowczo chęci ubiegania się o posadę dyrektora. Wiemy nawet, iż Wydział krajowy rozpisując konkurs z góry był przekonany, że się nikt nie poda, i dla tego to obmyślano ekspozyturę, czyli wydelegowanie jakiegoś zastępcy, pod którego kierownictwem zakład jeszcze bardziéj upadać musi, choćby dlatego, że tymczasowy dyrektor jeszcze mniéj będzie posiadał władzy, niż ją posiadał Dr. Maresch i jeszcze bardziéj musi być pobłażliwym dla żywiołów owych, w których tkwi zaród złego. O nich jednak, jakoteż o prawdziwém znaczeniu wyrazu „nadużycia,“ użytego przez dobrze zasłużonego posła mówić będziemy w drugim liście. Dzisiaj ograniczamy się do stwierdzenia, że referent szpitalny nie dopuścił się nadużyć, że kwota wydana na szpitale w porównaniu do ulepszeń wprowadzonych a niezbędnych nie jest znaczną, że ona tylko dla tego wzrosła, iż kraj słusznie na siebie przyjął obowiązek utrzymywania ubogich chorych. Sprawa zaś kulparkowska dowiedzie, że przesadna oszczędność znowu będzie przyczyną złego.

Oszczędzajmy więc, bo tego ubóstwo kraju wymaga, ale oszczędzajmy zarazem krajowi nieszczęść, w jakie go niewłaściwém oszczędzaniem popychamy. Bądźmy oszczędni w oszczędzaniu czyli oszczędni należycie.

Lwów d. 21 lipca 1880. X.

Listy z Londynu.

III.

(Józef Lister i metoda antiseptyczna).

Kilkanaście lat temu podał Józef Lister swoję antiseptyczną oprawę ran. Metoda jego wnet się rozpowszechniła i w najznakomitszych chirurgach znalazła gorących zwolenników; wkrótce téż pojawiły się w Niemczech chirurgije opracowane na téj podstawie. Nie długo trzeba było czekać na Francyję. Literatura angielska zaś posiadała dotąd tylko wyjątki z odczytów i rozpraw, lecz podręcznika nie było żadnego, z któregoby uczniowie o zasadach listerowskich dowiedzieć się mogli. Dopiero przed dwoma miesiącami pojawiła się na półkach księgarskich „Chirurgija antiseptyczna“ wydana przez Mac-Cormaca. Dzieło to wydał zachęcony przez Spencer Wellsa, w skutek rozprawy nad metodą listerowską, jaka się toczyła w szpitalu św. Tomasza. Z téj okoliczności możnaby mylny wyprowadzić wniosek, że w ojczyźnie Listera nie przyjęto jego antiseptycznéj oprawy, bo owszem przeważna większość chirurgów londyńskich operuje i opatruje antiseptycznie.

Jak wszyscy przybysze do stolicy Albionu, tak i ja pośpieszyłem do zródła, zkąd się zasady antiseptyczne szerzyć poczęły, do Kings College Hospital. W obszernéj sali operacyjnéj i wykładowéj oczekiwałem przybycia Listera. Jak we wszystkich większych zakładach światło pada z góry a ławki amfiteatralnie wzniesione na około stołu operacyjnego. U nas przybyciu profesora towarzyszy zawsze ruch między uczniami, którzy wstają, kłaniają się itd., w Londynie zaś nikt się nie rusza, tylko gwar ustaje, a obcy lekarze, dla których pierwsza ławka pozostawiona przedstawiają się i witają. Przed operacyją Lister i asystenci jego myją sobie ręce w kwasie karbolowym, narzędzia leżą w wodzie karbolowéj a osobne naczynie z wodą karbolową stoi w pogotowiu, aby sobie operator w ciągu operacyi powalane ręce mógł oczyścić. Posługaczki przystępują w czystych sukniach i z czystemi rękami. Posługaczy używa się tylko do grubszych usług, chorym zaś tak kobietom jak mężczyznom usługują tylko kobiety. Zdaje mi się, że to dla antiseptycznych opatrunków jest ważnym czynnikiem, bom nigdzie nie widział czystych posługaczy. Do większych operacyj operatorowie przystępują w czystych kapotach z rękawami sięgającemi tylko do połowy ramienia, albo téż bez surdutów z podwiniętemi rękawami od koszuli, a ręce aż po barki, myją sobie wodą karbolową. W takim stroju operator przypomina wprawdzie rzeźnika, zwłaszcza gdy fartuch biały założy, ale o ile traci estetyka, o tyle zyskuje chory. Przed operacyją ustawia Lister stół w ten sposób, aby uczniowie jak najlepiéj widzieli i asystenci także tak stać muszą, aby sobą nie zasłaniali pola operacyjnego, co więcéj i w ciągu operacyi co chwila odpycha kogoś zasłaniającego widok.

słowem jest nie tylko operatorem ale i nauczycielem. Przez to czas trwania operacyi nieco się przedłuża, ale zważywszy, że chory śpi, że mgła karbolowa zapobiega infekcyi a więc nic nie zależy na pośpiechu przy operacyi, tylko na dokładności, a starą zasadę: *cito, tuto et jucunde* przeniósł Lister z operacyi na leczenie następowe. Ranę oczyszczoną gąbkami tylko (bez wszelkiego przestrzykiwania) zaszywa katgutem lub srebrnym drutem bardzo gęsto, tak, że odległość jednego szwu od drugiego wynosi zaledwie $1/2$ cm. i zakłada dren, którego koniec jednakże wystawać nie śmie po nad skórę, lecz musi leżeć w poziomie rany, a wpadnięciu zapobiega przywiązaniem.

Nie każdy katgut odpowiada warunkom, jakich wymaga Lister. Dobry katgut nie powinien się za nadto prędko rozpuszczać. Zakładając *protective silk* na ranę powinno się uważać, aby jak najszczelniéj przylegało i dla tego dren nie winien wystawać. *Protective* ma być tylko nieco większe od rany a szczególniéj powinno się unikać przykrycia fałdów lub zagłębień skóry, które trudno oczyścić i zkąd pasorzyty pod *protectivem* łatwo dostają się do rany. Jako takie miejsce wskazuje przedewszystkiém pępek przy ranach na brzuchu. Na *silk protective* przychodzi gruby pokład gazy antiseptycznéj, która znacznie przekracza obwód rany i również duży kawał makintoshu, tak że np. przy ranach kolana opatrunek sięgać musi przynajmniéj od połowy podudzia do połowy uda. Opatrunek przytwierdza opaską z gazy antiseptycznéj, a przy opatrunkach na tułowiu nadto jeszcze opaską elastyczną. Działanie spraya ustaje z przyłożeniem makintoshu. Taki opatrunek pozostaje, bo nie ma wcale wydzieliny w przeważnéj ilości przypadków a opatrunek zdjęty wcale nie cuchnie. Każdy następny opatrunek zakłada się z temi samemi ostrożnościami, z jakiemi pierwszy został założony, póki nie nastąpi zupełne wygojenie się. Ranę oczyszcza się gąbkami zwilżonemi w wodzie karbolowéj (bez przestrzykiwania), dren każdorazowo się wydobywa i płucze w kw. karbolowym. Leczenie odbywa się *cito, tuto et jucunde.* Przez zastósowanie chloroformu Simpson operacyję zrobił *„jucunde“* dla chorego i za to mu wdzięczna ojczyzna w Westminstrze marmurowy wystawiła pomnik, Listerowi Dr. Championière przyznaje pomnik złoty, który Nélaton przeznacza temu, co zapobieże zakażeniu ropnemu po operacyi.

Metodę antiseptyczną można obecnie uważać za powszechnie przyjętą, jakkolwiek nie wszyscy ją tak skrupulatnie stósują jak sam Lister, ale bo też chyba nie wszyscy tak są świadomi celu, jak on i tak jak on badają przebieg ran i części składowe do opatrunków użyte. Bez wątpienia metoda antiseptyczna zmniejsza śmiertelność, skraca czas leczenia, usuwa gorączkę z małemi wyjątkami a przytém zmiana opatrunków nie jest dolegliwą dla chorego. Trudno jednak wymagać zniżenia śmiertelności do zera, bo kwas karbolowy truje pasorzyty ale śmierci nie otruje. Kosztowności opatrunku listerowskiego nie można podnosić, zważywszy że nieraz trzy lub cztery opatrunki wystarczają nawet po owaryjotomii. Nie miłém jest działanie kw. karbolowego na ręce i woń jego, po któréj się poznaje chirurga opatrującego antiseptycznie jak uczniów z pierwszych lat po woni trupiéj. Niektórzy chirurgowie londyńscy nacierają sobie dla tego ręce waseliną, zanim przystępują do operacyi. Zważywszy nadto, że karbol czasem bywa przyczyną śmierci, byłoby rzeczą pożądaną, aby go zastąpić można czémś innémь.

W ostatnich czasach otrzymują jeszcze lepsze wyniki przez rzadsze używanie drenu. I tak np. wielu nie zakłada drenu po owaryjotomii, jeżeli operacyja odbyła się bez trudności. Widziałem pierwszą taką operacyję w Hamburgu i pokazano mi chorą, którą można było uważać za rekonwalescentkę, jakkolwiek to dopiero był ósmy dzień po owaryjotomii. Rana była całkiem zagojona, stan ogólny dobry. Wielu też operatorów londyńskich tak operuje. Thornton po wycięciu nerki nie założył drenu i chora dnia dziewiątego była rekonwalescentką. Z oddziału Dra Obalińskiego także sobie przypominam przypadek, gdzie po resekcyi kreski uwięzgniętéj dren drugiego dnia wypadł a za tydzień rana była prawie całkiem wygojoną. I rzeczywiście w obec tego że zachody antiseptyczne niedopuszczają infekcyi rany, można ją zamknąć, gdy części chorowite usunięto, bo założywszy dren według teoryi pasorzytnéj tylko się furtkę dla pasorzytów otwiera.

Jednakże aby mieć pożądane wyniki nie wystarcza tylko samo operowanie i opatrywanie antiseptyczne. Ani klinika, ani szpital krakowski nie może wykazać się takiemi sprawozdaniami, jak zakłady zagraniczne. Może operatorowie nie dorównają zagranicznym? Z dumą przyznać mogę, żem w Krakowie widział piękne przykłady, i że w porównaniu z niemi nie jeden chirurg londyński zasługuje na przydomek fałatacza. Ale rumienić się muszę porównywając oddział chirurgiczny krakowski z zagranicznemi, a kliniki nawet porównywać nie można. Ilość łóżek powinnoby się przynajmniéj o połowę zmniejszyć i zaprowadzić lepsze stósunki higijeniczne. W Londynie łatwoby można temu zaradzić. Komitet odwołałby się do ofiarności publicznéj i nie bez skutku; w naszym biednym kraju sprawa jest trudniejsza.

Londyn, dnia 13 lipca 1880. *Dr. Bogdanik.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Wspomnieliśmy w Numerze przeszłym o przyjęciu przez Sejm wniosków prezesa Majera, dziś podajemy w dosłowném brzmieniu

Sprawozdanie Komisyi edukacyjnéj o wniosku posła Dra Majera w przedmiocie stosunku Uniwersytetu, a mianowicie jego klinik do szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Pod dniem 9 lipca rb. Wysoki Sejm przekazał do sprawozdania komisyi edukacyjnéj wniosek dotyczący stosunku klinik Wydziału lekarskiego w Krakowie z tamecznym szpitalem św. Łazarza. Ponieważ wniosek ten obejmuje trzy oddzielne ustępy, nad każdym więc z osobna wypadnie nam się zastanowić.

Pierwszy z nich zamierza do uchwały upoważniającéj Wydział krajowy, ażeby część gruntu należącego do szpitala św. Łazarza odstąpił bezpłatnie na wystawienie kosztem skarbu państwa dwóch pawilonów klinicznych.

Co do tego punktu Komisyja daje następujące wyjaśnienie:

Kliniki Uniwersytetu Jagiellońskiego, mimo uznanéj gorliwości ciała nauczycielskiego, nie mogą nastręczać w tym zakresie korzyści, w jakim dla nauki i uczniów, a w dalszém następstwie dla kraju, wymagałby jéj należało. Główną tego przyczyną jest zupełne oderwanie ich od wszelkiego związku ze szpitalem, niestósowność i szczupłość umieszczenia, ograniczającą liczbę łóżek ogółem do 93, z których na klinikę lekarską przypada 24, chirurgiczną 15, okulistyczną 24, położniczą 30. Ztądto właśnie wynikają nader niekorzystne warunki pod względem ilości, doboru i zmiany chorych, potrzebnych do celów naukowych i dydaktycznych, któreto braki i niedogodności już z dawna uczuwać się dające, w obec coraz bardziéj wzrastających wymagań nauki, stawać się też musiały coraz dotkliwszemi.

W tym stanie rzeczy, po najusilniejszych staraniach ze strony Senatu akademickiego, Wydziału lekarskiego, Dyrekcyi klinik i poszczególnych profesorów, po rokrocznie od lat kilkunastu wnoszonych do właściwych władz memoryjałach, przedstawieniach i podaniach, nadeszła wreszcie od Namiestnictwa pod dniem 19 lipca 1878 r. pożądana wiadomość, że Ministerstwo oświecenia zgodziło się na wystawienie na gruncie szpitalnym dwóch pawilonów celem pomieszczenia klinik. Komisyja przeznaczona do zbadania tego projektu na miejscu, do któréj składu, prócz Delegata Namiestnictwa w Krakowie, należeli, Delegat Wydziału krajowego, Dziekan Wydziału lekarskiego i profesorowie klinik, uznała projekt za najodpowiedniejszy. Gdy atoli Wydział krajowy, zgadzając się na budowę pawilonów klinicznych na gruncie szpitala św. Łazarza, odmówił stanowczo żądanego przez Ministerstwo bezpłatnego odstąpienia pod tę budowę potrzebnego gruntu, zawiązały się zatém bezowocne rokowania około tytułu i prawa, jakie Uniwersytet mieć może do szpitala św. Łazarza, a tymczasem cel główny nie tylko do skutku dojść nie mógł, ale co większa, stanowczo zagrożony został oświadczeniem Ministerstwa z dnia 6 kwietnia 1879 roku, iż bez zadośćuczynienia warunkom bezpłatnego odstąpienia gruntu i przyczynienia się choćby skromną kwotą funduszu szpitalnego, zaniechaćby musiało dalszéj pertraktacyi w sprawie budowy pawilonów klinicznych.

Ponieważ Ministerstwo żądanie swoje opierało na prawnym stosunku Uniwersytetu do szpitala św. Łazarza, przeto Wydział krajowy, uznając ze swéj strony stosunek ten za nieuzasadniony, podaje w téj mierze szeroki wywód w swojém Sprawozdaniu z czynności w roku 1879. (por. Nr. 24 Przegl. Lek. Redakcyja).

Nie jest rzeczą Komisyi rozbierać po szczególe ten obszerny wywód, a tém zaś mniéj jeszcze mogłoby być rzeczą Wysokiego Sejmu orzekać o prawomocności przytoczonych dokumentów, a zwłaszcza ich tlumaczenia. Komisyja więc wstrzymuje się od tego tém chętniéj, że ostatecznie, pomijając stosunki dawniejsze, będzie ona zmuszona stan obecny uznać za prawomocny i według niego wnioski swoje osnować.

Z tego powodu poprzestajemy tu na treściwym zarysie historycznym, nakreślonym według wiadomości zaczerpniętych z akt archiwum Uniwersytetu w Krakowie.

Że z biegiem czasu i to nie długiego, stosunek szpitala do Uniwersytetu stał się nader zawikłanym, to nie ulega wątpliwości, jak równie pewném jest to, że początkowo szpital i szkoła lekarska były jedném i tém samém.

Było to pod koniec wieku ubiegłego, gdy Wydział lekarski w Uniwersytecie krakowskim tak dalece podupadł przez zabory funduszów a w części i złą ich administracyję, iż w końcu pozostał w nim zaledwie 1 jeszcze profesor. Szczęśliwym trafem, nie dlugo przed Kołłątajowską reformą Uniwersytetu, przyszedł mu w pomoc, promowany we Włoszech, wielce zasłużony Dr. Jędrzéj Badurski, za którego popędem i wpływem pozyskanym u księcia Michała Poniatowskiego, prezesa słynnéj po dziś dzień Komisyi edukacyjnéj, wziął początek szpital zjednoczony z kliniką uniwersytecką.

Ponieważ między licznemi zakładami dobroczynnemi nie było w Krakowie szpitala odpowiedniego celom naukowym, Komisyja edukacyjna postanowiła zatém utworzyć zupełnie nowy, przeznaczając na to gmach pojezuicki pod nazwiskiem Collegium św. Barbary. Gmach ten uposażony apteką pozostałą po Jezuitach u świętego Piotra, tudzież rocznym dochodem na utrzymanie trzech łóżek, w ilości 300 dukatów, odstąpionym został Akademii krakowskiéj. Tam to z początkiem roku 1780 pod nazwą Szkoły lekarskiéj i ceruliczéj, albo Szpitala akademickiego, otwarto klinikę lekarską, chirurgiczną i położniczą, fundusze zaś administrował postanowiony do tego przez Uniwersytet Prokurator. Za wpływem Badurskiego fundusze wzmożone ofiarami prywatnemi wkrótce dozwoliły ilość łóżek podnieść do 16. Za jego téż to staraniem wyjednano do właściwéj posługi i pielęgnowania chorych wejście do szpitala akademickiego sześciu Siostrom Miłosierdzia, sprowadzonym do Krakowa przez biskupa i sufragana Szembeka w roku 1715, mieszczącym się w szpitalu w ulicy św. Jana. Tą drogą wszedł téż do szpitala akademickiego fundusz zakonnic, który jednakże zaledwie przechodził rocznie 3000 złp., a więc równał się prawie połowie dochodu pierwotnego szpitala akademickiego.

W dobréj wierze działający Badurski nie przewidział, że ten sojusz utrudniający z wielu względów dozór i kierownictwo, ograniczający potrzeby instrukcyi publicznéj, doprowadzi z czasem do tego przewrotu, że Siostry zakonne z prawdziwie godnych, świątobliwych pielęgnarek miały się stać właścicielkami zakładu, którego bądź co bądź kierownikiem i zwierzchnikiem był dotąd profesor Badurski. Że zaś dokonywał on tego jako profesor kliniki i dziekan Wydziału lekarskiego, jedność zatém szpitala z kliniką zaprzeczyć się nie da.

Wydział krajowy zdaje się spuścił to z uwagi, gdy mówiąc o zapisach i ofiarach czynionych szpitalowi, umieszcza, że zapisy te całkiem nie dotyczyły kliniki. Skoro cały szpital był kliniką, to na cóż byłyby się zdały jakieś wyróżniania. Gdy wreszcie ofiary te składano w największéj części za staraniem i do rąk Badurskiego, gdy i sam własném mieniem do tego się przyczyniał, to czyż przypuszczać można, żeby ten, którego cała dążność skupiała się około dźwignienia nauki lekarskiéj, który właśnie wyjednał ten zaród kliniki, robił to dla tego, żeby sobie uszczuplać zakres działania nauczycielskiego? Dopóki téż żył, dopóty nieprawne roszczenia jawnie występować nie mogły, mimo wewnętrznych niesnask szpital u św. Barbary nie przestał być szkołą lekarską i cerulicza z prokuratorem uniwersyteckim.

Gdy atoli miejsce to, z powodu szczupłości i położenia w samym środku miasta, okazało się zupełnie nieodpowiedniém celowi, gdy za staraniem szkoły głównéj Komisyja edukacyjna pod sterem prymasa Poniatowskiego uchwaliła przeniesienie szpitala do klasztoru Karmelitów bosych, gdy przeniesienie to, po dokonaniu reparacyj z odkazanych na ten cel przez szkołę główną funduszów edukacyjnych rzeczywiście nastąpiło w roku 1788; gdy przeniesiono tamże kobiety ciężarne i podrzutki ze szpitala św. Ducha; gdy następnie za wpływem Prymasa stany Rzeczypospolitéj zwiększyły ogólny fundusz szpitalny; gdy wreszcie cały ten zakład przezwany został szpitalem św. Łazarza, już wtenczas do zatarcia śladów pierwotnego prawa szerokie otwarło się pole. Nie pomału przyczyniła się do tego ta okoliczność, iż Prymas zarządzając te zmiany zapowiedział wprawdzie, że wyda szczegółową ordynacyję, lecz uczynił to dopiero w 5 lat, usprawiedliwiając zresztą dostatecznie tę mimowolną zwłokę. W ordynacyi téj wyraża on: że zakupiony klasztor na szpital oddaje szkole głównéj koronnéj, czyli Akademii krakowskiéj, że najpierwszy w nim wpływ powierza medykowi szpitalnemu od Akademii wyznaczonemu, który, między innemi, szczególniéj władać będzie kandydatami medycyny i chirurgii; słowem zastrzega szkole lekarskiéj prawa, jakie miała poprzednio. Czyż opóźnienie ordynacyi wydanéj przez tego, który miał do tego prawo, i który nadto już ją z góry zapowiedział, mogło w czémkolwiek znaczenie jéj osłabiać?

Stało się jednak inaczéj, wprawdzie nie zaraz, ale niezadługo, gdy brakło już Badurskiego i innych świadków przebytych przez szpital kolei. Według własnych wyrazów w sprawozdaniu Wydziału krajowego: „wojna w roku 1794, trzeci podział Polski, zmieniająca się co lat kilka, czasem co kilka miesięcy okupacyja Krakowa przez obce mocarstwa, następujące po sobie rządy pruskie, austryjackie, Księstwa warszawskiego, długi szereg lat pełnych wrzawy wojennéj; to aż nadto wystarczające dowody, że w takim składzie okoliczności rozwiązanie pogmatwanych stosunków prawnych między pretensyjami Akademii i szpitala było rzeczą wprost niemożliwą.“ Otóż to w téj mętnéj wodzie zdołano złowić, co się dało na korzyść jednéj a upośledzenie prawa drugiéj strony. Stała się téż szkoła lekarska komornicą, ograniczaną według upodobania do izb ciasnych i zaduszonych, ograniczaną w prawie przyjmowania chorych, ordynacyi a po części i wolnego w każdym czasie dostępu.

Ze stan taki stawać się musiał coraz nieznośniejszym, łatwo to zrozumieć. Z tego téż wynikło, że profesorowie klinik, nie widząc innego ratunku, gorąco pragnęli wyswobodzić naukę z pod takiéj niewoli, czemu téż wreszcie stało się zadosyć przez przeprowadzenie klinik w roku 1827 do osobnego domu, nie takiego, jakiego życzyćby sobie należało, lecz jaki z najmniejszym kosztem wyszukać się dało.

Jakiekolwiek jednak były koleje, któremi toczyły się losy

klinik w Krakowie, Komisyja wychodzić musi w swych wnioskach z takiego stanu prawnego, jaki ostatecznie wyrobiły okoliczności, w jakim więc znajdują się obecnie, a mianowicie: że kliniki stoją oddzielnie od szpitala o własnym funduszu, szpital zaś św. Łazarza wraz z całym majątkiem znajduje się pod zarządem kraju. Jeśli atoli, podając wyżéj przegląd historyczny, Komisyja nie miała na myśli poszukiwania na nowo zatraconych z biegiem czasu praw Uniwersytetu, to jednak sądziła, że w obec Wysokiego Sejmu przedstawić go winna, ażeby uniknąć przypadkowéj bezwzględności w ocenianiu faktów.

Kliniki oddzielone od szpitala, przy mniejszéj za czasów Rzeczypospolitéj krakowskiéj liczbie uczniów mniéj wygórowanych podówczas potrzebach i środkach nauki, mogły dostatecznie odpowiadać celowi. Że jednak obecnie rzecz się ma inaczéj, że uznanym niedostatkom i niedogodnościom w interesie uczniów nauki i kraju zaradzić należy, na to już w samym początku komisyja zwróciła uwagę. Ztamtąd téż już wiadomo, jaki w téj mierze nastręczał się środek, bynajmniéj nie uciążliwy dla kraju, a w porównaniu ze stanem obecnym korzystny dla klinik uniwersyteckich.

(Ciąg dalszy nastąpi).

* C. k. Namiestnictwo reskryptem z dnia 24 kwietnia rb. l. 58.270 po wysłuchaniu krajowéj Rady zdrowia w sprawie sprzedaży w handlach wytworów chemicznych, korzeni i niektórych ziół objętych farmakopeją, orzekło co następuje:

Wedle rozporządzenia Namiestnictwa z d. 27go lipca 1874 l. 58, d. ust. kraj., nie wolno w miejscowościach, gdzie istnieją apteki, sprzedawać w handlach środków lecznicych, a ponieważ następujące przedmioty, jako to: ślaz, mięta, rumianek, grynszpan, rybia trutka *(cocculus indica)*, korzeń rzewniowy, nasienie cytwarowe i wątroba siarczana, służą prawie wyłącznie do użytku lekarskiego, przeto rozumie się samo przez się, iż sprzedaż tych przedmiotów w sklepach nie może mieć miejsca.

Inne przedmioty, jako to: migdały gorzkie, gałki muszkatowe, hałun, liście wawrzynowe, saletra, szafran, kakao, siarka, kwiat siarczany, nie mogą podpadać zakazowi sprzedaży w sklepach, albowiem przedmioty te należą do środków, z których dopiero po odpowiedniém przerobieniu leki się otrzymuje, a prócz tego są dla gospodarstwa i przemysłu niezbędne.

Co się do powszechnéj wiadomości podaje z oznajmieniem, że pp. komisarze obwodowi wraz z pp. lekarzami obwodowymi otrzymali polecenie, aby peryjodyczne w handlach odbywali rewizyje i niestósujących się do ukarania przedstawiali.—Obowiązek czuwania nad wykonaniem tych rewizyj, włożono na p. fizyka miejskiego.

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie zmniejszyła się w tygodniu 27. Umarło 13, leczyło się w szpitalach 236, zapadło świeżo 38. W Pradze umarło 15, w Paryżu 48, w Wiedniu i Aleksandryi po 13, w Odesie 5. Tyfus panuje w jednakowém nasileniu w Petersburgu, w Berlinie pojawia się częściéj odra, płonica i dławiec. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 16 lutego do 31 maja br. 1019 osób, dopiero w drugiéj połowie maja epidemija widocznie się przełamała. W tygodniu 28 umarło w Krakowie: 3 z ospy, 4 z płonicy, 1 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego i 3 z reszty chorób zakaźnych a doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy (z ul. Krowoderskiéj l. 132 z Kazimierza, ze szpitala św. Ludwika, z Tarnowa i zkąd?), 1 płonicy, (ze szpitala św. Ludwika), 2 błonicy (z Nowéj Wsi), 2 duru brzusznego (z Nowéj Wsi i Ruszczy), 1 z duru osutkowego (z ul. Grodzkiéj l. 111).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 26 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 38,4; we Lwowie 28,2; w Warszawie 27,8; w Wiedniu 26,4; w Budapeszcie 34,9; w Pradze 34,8; w Tryjeście 32,8; w Berlinie 52,0; w Wrocławiu 36,4; w Mnichowie 38,0; w Dreźnie 26,4; w Lipsku 24,1; w Bazylei 16,3; w Brukseli 19,9; w Amsterdamie 20,4; w Hadze 14,5; w Paryżu 24,4; w Londynie 18,5; w Kopenhadze 23,2; w Stokholmie 26,5; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 49,6; w Odesie 51,8; w Wenecyi 24,8; w Bukareszcie 30,4; w Barcelonie 30,0; w Aleksandryi 42,9; w Nowym Jorku 23,5; w Bombayu 30.6; w Madrasie 30,7. *J. B.*

* Statystyka frekwencyi w wydziałach lek. niemieckich. W półroczu letniém 1880 było uczniów we Wrocławiu 231, Kielu 99, Bonnie 154, Marburgu 134, Heidelbergu 122, Fryburgu 212, Erlandze 94, Würzburgu 391, Monachijum 408, Bernie 163 (31 kobiet), Insbruku 74, Grazu 106.

Sprawozdanie o śmiertelności
w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności, za czas od dnia 28 marca do 26 czerwca 1880 r. (Kwartał drugi).

Nazwa miasta	Ludność obliczona na koniec roku 1879	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2–5 lat	6–20 lat	21–40 lat	41–60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci: Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo
Lwów	110 623	1164	42.1	236	126	97	220	246	239	—	—	1	8	20	3	20	1	—	1	3	—	252	233	25	39	—	32	5	506	18	10	—
Kraków	63.600	619	38.9	128	101	51	229	127	83	—	19	1	10	11	2	12	2	—	3	1	12	109	139	31	2	1	42	—	206	3	7	—
Brody	19.0 5	168	35·3	51	12	12	24	28	41	—	—	—	—	6	3	4	2	—	1	—	—	20	20	8	1	—	9	—	93	1	—	—
Drohobycz	21.524	231	42 9	58	41	23	35	39	34	1	—	—	6	10	4	9	—	—	1	—	—	22	16	46	2	—	12	—	102	1	—	—
Kołomyja	20.046	247	49.2	85	55	26	30	23	27	1	5	—	4	14	—	—	—	—	—	2	—	32	47	4	3	—	1	—	132	2	1	—
Przemyśl	19 667	183	37 2	68	16	17	14	40	28	—	—	1	—	12	2	—	—	—	—	—	—	56	26	11	1	—	3	—	67	1	3	—
Stanisławów	15.69	230	58 5	97	13	13	43	28	36	—	—	—	—	5	10	4	—	—	—	1	—	33	13	6	—	—	8	—	149	—	3	—
Tarnopol	22 4-8	201	35.7	68	15	14	35	33	36	—	—	—	—	6	2	6	1	—	1	—	—	46	25	3	3	—	5	1	97	4	1	—
Tarnów	32.879	369	44.8	121	91	47	34	33	43	—	—	91	—	19	1	6	4	—	1	—	—	36	83	2	1	—	—	27	90	1	—	1
	325 533	3412	42.7	912	470	300	564	597	567	2	24	91	28	103	27	61	10	—	8	7	12	609	602	136	43	1	136	13	1442	26	25	1
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych:				267	13 8	8.8	16.5	17 4	16·6	0.06	0.70	2 75	0.82	3.0	0 79	1.78	0.29	—	0 23	0.50	0.35	17.8	17.6	3.69	17.8	17.6	3.69	0.38	42 2	0.76	0.73	0.02
				40·5%							10·56%																					

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 lipca. Podajemy bez uwag „Sprawozdanie komitetu wyznaczonego przez Towarzystwo lekarskie warszawskie do przejrzenia i uzupełnie-

nia Słownika lekarskiego Kremera i Skobla," umieszczone w ostatnim numerze „*Medycyny*":

Po dokładném przejrzeniu słownika lekarskiego Drów Kremera i Skobla z r. 1868 i „Uzupełnienia" tegoż z r. 1874, Komitet przyszedł do przekonania:

1) że w Słowniku tym jest wiele wyrazów z mowy potocznéj, zwyczajnéj, które bezpośredniego związku z nauką lekarską nie mają i do terminologii lekarskiéj wcale nie należą, jak: *amare*, kochać — *jentenulum*, śniadanie — jeżdżenie wozem, wózka — *litera*, głoska itp., które zatém w Słowniku całkiem opuścić należy.

2) że pomieszczono w nim wyrazy i nazwy z zakresu nauk przyrodniczych (zoologii, botaniki, chemii i fizyki), które jakkolwiek łączą się ściśle z medycyną, nie wchodzą jednak w skład terminologii lekarskiéj, i opracowane być winny w odnośnych naukach, szczegółowo i przez ludzi biegłych w pomienionych gałęziach, a z których w Słowniku pomieszczone być mogą tylko te wyrazy, które mają zastósowanie w nauce farmakologii. W słownictwie chemicznêm uwzględnić należy terminologiją przez Komitet warszawski opracowaną (dzieła: Jurkiewicza, Natansona, Zdanowicza), ile że w téj terminologii w stosunku do krakowskiéj zachodzi ważna różnica.

3) że znajdują się tu wyrazy czysto rosyjskie, niezmienione nawet wcale, na które mamy w języku naszym odpowiednie i dobre wyrażenia, których zatém pozbywać się nie ma potrzeby, jak np. usilstwo w znaczeniu: zgwałcenia (słowo używane w *Vol: legum* w znaczeniu napadu) — wywich (zwichnienie), sustaw, mazanie, zadzierzenie, udar itp., które ze Słownika całkiem wykreślone być winny.

4) że podawane są całkiem niepotrzebnie wyrazy ludowe, miejscowe (powiatowszczyzny), często nie polskie lub skoszlawione, które w terminologii naukowéj nie mają prawa znajdować się, jak np. czytamy: *Lacacidum*=w Szląsku górnym: kiska, — krosty, w Krakowskiém niewłaściwie, zamiast: ospa (zwłaszcza, że nie tylko w Krakowskiém lud się tak wyraża), — śledziona, dawniéj słodzona, — krtań u ludu w Krakowskiém krztoń; albo np. pochrzypcizna (*interscapulium*), słowo tylko u rzeźników znane (dla oznaczenia części wołu lub wieprza), a nigdy w anatomii ludzkiéj nie używane; wiewiór (tryper). Ponieważ słownik nie obejmuje w sobie wszystkich nazw ludowych w całéj Polsce używanych, dla uniknienia przeto nieporozumienia, należy pomieszczone tu wyrazy pojedyńcze całkiem opuścić.

5) są przekłady nazwisk kąpielowych, które nie mogą i nie powinny być przepolszczane, jak np. Kreuznach na Krzyżnak, Kissingen na Kisięga, Gastein (Wildbad) na Gastuń (dla czego nie Jastuna, jak się najprzód nazywało?!), Karlsbad na Karolowe wary, a Karlsbrunn na Karolowa studzienka! Wszystkie te wyrazy, jako nie mające związku z terminologiją lekarską i należące do Słownika geograficznego, powinny być opuszczone.

6) jest wiele wyrazów starych, niewłaściwie do terminologii lekarskiéj przystósowanych, albo błędnie wytłumaczonych, jak: ukleja (polip), śledziennik (właściwie cierpiący ból śledziony), czerwonka (dysenteryja), mądy v. mudy (jądra), otrok, lekarstwo (nauka lekarska), cyrulictwo (chirurgija, która niegdyś była istotnie rzemiosłem cyruliczém).

Uwaga 1. Nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że wyszukiwanie wyrazów lekarskich w starych książkach polskich nie wiele przynieść może korzyści dla teraźniejszego słownictwa lekarskiego, ż powodu, że lekarze nasi z wieku 16, 17, 18 pisali, z małym wyjątkiem, w języku łacińskim. Wyjątki zaś, pisane po polsku, odnoszą się wyłącznie do chorób epidemicznych, w szczególności do zarazy morowéj, albo obejmują traktaty popularne, już to treści medycyny domowéj, już téż profilaktycznéj lub weterynarnéj; rozpraw lub dzieł ściśle naukowych lekarskich nie ma prawie wcale, są tylko zielniki z dodatkami farmakologicznemi. Posiłkować się zatém wyrazami przez lekarzy dawniejszych używanemi, możemy i powinniśmy (podobnie jak słowami języków sławiańskich mowie naszéj pobratymczych), wszakże tłumaczyć temi wyrazami dzisiejsze pojęcia patologiczne, fizyjologiczne itd., trudno; ze nie powiemy niepodobna. Za przykład téj trudności mogą posłużyć wyrazy: „przymiot i kiła." Przymiotem oznaczono chorobę zaraźliwą w ogólności, a czasem i chorobę syfilityczną w szczególności, dla tego, że ją dopiero poznano i jako bezpośrednio zaraźliwą (przymiotną) uznano. Nie rozróżniając ściśle i zawsze dymienicy wenerycznéj od przepukliny, mówiono także o wrzodach kiłowych (niby syfilitycznych), chociaż kiła oznacza właściwie przepuklinę.

Mało jest takich wyrazów, dziś z użycia wyszłych, które możnaby przyswoić słownictwu lekarskiemu na zasadzie dokładnie określonego pojęcia rzeczy, do jakich należą np. więz (więza), wyrażenie przez Górnickiego używane w znaczeniu składu ciała, budowy v. konstytucyi — zachwyt: sen śmiertelny, letarg, lubo słowo to, zdaje się, wyrażało stan głębokiéj śpiączki, *coma*, zawsze jednak słowo pożyteczne.

Uwaga 2. Nie rozumiemy także, dla czego w Słowniku trzymano się uparcie form przypadkowania i pisowni dawniejszéj, kiedy dziś wyrobiły się wygodniejsze lub eufemiczne. Tak używa się w słowniku Skobla ciągle: pis*arzów*, lek*arzów*; gdy tymczasem gramatyka uznaje dwie formy zakończenia 2go przyp. l. mn. w tych rzeczownikach za równie dobre (tj. lek*arzy*, pis*arzy*); tak samo piszą niepotrzebnie: s*rz*ód, posrzedniczyć, podej*źrz*enie, zamiast: śród, pośredniczyć, podejrzenie itp., okwicie, łaźń, męcherz itp.

7) Urobiono nareszcie mnóstwo wyrazów nowych, nie zawsze zgodnych z duchem języka i pojęciem naukowém, jak: pocilnica, księżycznik, obłędziniec, myciel, samozmaza, pytaczka, wnętrawiec, przylepiec, chorownia, niszczenica, kiłowiny, czujnia, przesad, czworzęta, odrozwodnik, ćwierciel, rodotnictwo, rodociectwo, gromło, doświadczeństwo, kręcz, mierzyca, miękkowidz itp., które jako niezrozumiałe i utrudniające pojęcie rzeczy, powinny być ze Słownika wykreślone, czyli, że takowe, pomimo zamieszczenia ich w Słowniku, w użycie nie weszły i nigdy wejść nie mogą.

8) Co się tyczy przepolszczonych nazw niektórych chorób, zakończonych na: *ica*, *yca*, jak: siuica, ropnica, blednica; niemniéj nazw przetworów farmakologicznych, mianowicie alkaloidów zakończonych w Słowniku na spółgłoskę, jak: chinin, morfin itd., które my po większéj części dotąd kończyliśmy na samogłoskę, np. chinina, morfina, tudzież złożonych ciał chemicznych, zakończonych w Słowniku na iny, jak: jodziny, rtęciny, miedziny itp., to Komitet jest zdania:

a) że zakończenie nazwisk chorób na ica, yca, należy zatrzymać przy tych wyrazach, które się utarły i w użycie weszły, jak: blednica, zimnica, ropnica, sinica, gruźlica, pylica, kamica.

b) zachować w nazwach pierwiastków chemicznych, jak: brom, jod, kadm, lit, fosfor itp., zakończenie na spółgłoskę, co się zaś tyczy nazw związków chemicznych alkaloidów (soli) pozostawić zakończenie na *a*, np. chinina, morfina, digitalina itp.

c) lekarstwa, czyli związki chemiczne pewnych pierwiastków, nazywać przetworami, np. jodowemi, rtęciowemi, miedziowemi, zamiast przyjętych w słowniku nazw spolszczonych, jak: jodziny, rtęciny itp.

9) Nazwy greckie, łacińskie, francuskie itp., służące do oznaczenia chorób, nauk, pojęć anatomicznych, patologicznych, fizyjologicznych itp., które powszechnie u wszystkich narodów przyjęte zostały i u nas uzyskały niejako prawo obywatelstwa, zachować bez zmiany z zakończeniem polskiém, jak dotąd ma miejsce i jak używaném bywa w literaturze ogólnéj np. fizyjologija, patologija, medycyna, chirurgija, operacyja, apopleksyja, dyfteryja, koklusz, dysenteryja, krup, klinika, sekcyja, natura, elektryczność, lunatyzm itp.; ponieważ ani w naszym, ani w żadnym innym języku nie ma odpowiednich na to wyrazów, a wierne przepolszczenie ich jest z jednéj strony wadliwém co do wyrażanego pojęcia naukowego, z drugiéj strony prowadzi do skażenia języka ojczystego.

10) W końcu, z powodu wytkniętych tu w krótkości uwag zdaniem Komitetu, koniecznych, i na zasadzie przedstawionéj ogromnéj liczby (przeszło 1000) poprawek i wykreślonych nazw w Słowniku zamieszczonych, których to poprawek dla braku czasu wymotywować i uzupełnić nie podobna; Komitet czuje się w obowiązku wyrazić gorące życzenie, aby, dla dobra Słownika, jego pożyteczności i trwałości, dla niezbędnéj w téj sprawie jednostajności na przyszłość, dla rozwoju literatury lekarskiéj w naszym kraju, wreszcie, dla zachowania czystości ojczystego

języka, Komisyja terminologiczna w Krakowie wstrzymała się z drukiem Słownika nowego do czasu, zanim elaborat Komisyi do druku przygotowany nie będzie troskliwie przejrzany przez Komitet Towarzystwa lek. warszawskiego, i zanim nie nastąpi stósowne w téj sprawie porozumienie pomiędzy Towarzystwem krakowskiém, warszawskiém, lwowskiém i poznańskiém, tak, iżby Słownik nowo wydany był rzeczywiście wyrazem zgodności lekarzy we wszystkich częściach Polski zamieszkałych.

* W dniu dzisiejszym wykonał tu sekundaryjusz Dr. Maks. Kohn owaryjotomiję na osobie młodéj w szpitalu św. Łazarza znajdującéj się.

* W Cieplicach czeskich do d. 13 bm. bawiło gości kąpielowych 6062.

+ **Karlsbad** 17 lipca. Do dziś dnia było osób 17,289, o 1372 więcéj niż do tegoż dnia r. z. Wyjąwszy dzień 12 lipca tego tygodnia, w którym deszcz ciepły przy ciepłocie 15° R. orzeźwił przyrodę, reszta dni tygodnia były prześliczne z temperaturą między 20°—22° R. stale się utrzymującą, dochodzącą na słońcu do 32° R.

* **Mianowania i odznaczenia.** W Wydziale lek. we Wiedniu habilitują się: Dr. Becker do chorób dzieci, Dr. Fuchs z oftalmologii i Dr. Mracek z syfilidologii.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 29: Dalszy ciąg dwóch rozpraw w poprzednim numerze wymienionych.

Redakcyja otrzymała:

Prof. ADAMKIEWICZ (Kraków): Schmidt-Mülheims „Propepton." (Osobne odbicie z archiwu Virchowa) str. 5.

Piśmiennictwo lekarskie. KILLICHES A., Statistik des Sanitätswesens d. im Reichsrathe vertret. Königreiche u. Länder (ohne Dalmatien). Nach d. f. d. J. 1875 vorgel, Berichten. gr. 4. Wien, Gerolds Sohn. M. 9.

MAC MUNN C. A., The Spectroscope in Medicine. 8. Illust. Philadelphia sh. 15.

NÉLATON CH., Des épanchements de sangs dans les plèvres consécutifs aux traumatismes 8. Paris, Masson. Fr. 3.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.